Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Entscheid bestätigt durch BGer mit Urteil vom 21.08.2019 (9C_342/2019)

Abteilung III
C-700/2017

Urteil vom 4. April 2019

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiberin Karin Wagner.

Parteien

A._____ (Deutschland),
vertreten durch lic. iur. Magdalena Schaer, Rechtsanwältin,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Anspruch auf eine Invalidenrente, erstmalige Anmeldung, Verfügung IVSTA vom 14. Dezember 2016.

Sachverhalt:

A.

A.a Der am (…) 1960 geborene, verheiratete, A._____, deutscher Staatsangehöriger, wohnhaft in Deutschland (*im Folgenden:* Versicherter oder Beschwerdeführer), arbeitete als Grenzgänger von Mai 1998 (Vorakten 4) bis Mai 2014 (BVGer act. 17) bei der B._____ AG (heute C._____ AG), in (…), als Application Specialist TC Textil und leistete die obligatorischen Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Vorakten 4, BVGer act. 17).

A.b Am 31. August 2012 wurde der Beschwerdeführer von seinem behandelnden Psychiater Dr. D._____ wegen anhaltender mittelgradiger depressiver Episode zu 100 % krankgeschrieben (Vorakten 18). Am 9. April 2013 (Vorakten 1) meldete er sich bei der IV-Stelle E._____ zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Es wurden Frühinterventionsmassnahmen zwecks Arbeitsplatzerhalt zugesprochen (Vorakten 22). Nachdem die C._____ AG am 23. September 2013 (Vorakten 28) das Arbeitsverhältnis per 31. Mai 2014 aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt hatte (Vorakten 43/6), informierte die IV-Stelle E._____ den Beschwerdeführer am 8. Mai 2014 (Vorakten 32) darüber, dass aufgrund der Kündigung durch den Arbeitgeber die Frühinterventionsmassnahmen abgeschlossen seien.

A.c Am 14. Oktober 2014 (Vorakten 35) beantragte der Beschwerdeführer die Fortsetzung der Wiedereingliederung. In der Folge wurden ihm berufliche Massnahmen gewährt, wie Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (Vorakten 42, 57), Belastbarkeitstraining (Vorakten 47, 66), Integrationsmassnahmen (Vorakten 61, 62), Taggeld (Vorakten 68, 72, 73, 84) und beruflicher Abklärung (Vorakten 71, 78, 81). Mit Schreiben vom 18. November 2015 (Vorakten 86) teilte die IV-Stelle E._____ dem Beschwerdeführer mit, dass die beruflichen Massnahmen beendet seien. Das Taggeld werde bis zum letzten Eingliederungstag ausbezahlt. Bezüglich der Rente werde später eine separate Verfügung erlassen.

A.d Im Rahmen der Abklärung des Rentenanspruchs holte die IV-Stelle E._____ Berichte von Dr. D._____ (Vorakten 89) und der Einrichtung F._____ (Vorakten 88) ein, gab ein psychiatrisches Gutachten an Dr. G._____ in Auftrag (Vorakten 95) und teilte, gestützt auf die Stellungahme ihres regionalen ärztlichen Dienstes vom 1. September 2016 (Vorakten 97), dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 28. Septem-

ber 2016 (Vorakten 98) mit, es sei vorgesehen, das Leistungsbegehren abzuweisen. Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 13. Oktober 2016 (Vorakten 99) Einwand mit Ergänzungen vom 21. November 2016 (Vorakten 102). Die IV-Stelle E._____ holte einen weiteren Bericht ihres regionalen ärztlichen Dienstes ein (Vorakten 104) und setzte nach Eingang der Stellungnahme von Dr. H._____ vom 24. November 2016 (Vorakten 105) den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 25. November 2015 (Vorakten 106) darüber in Kenntnis, dass sie an ihrem Vorbescheid festhalte. In der Folge verfügte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) am 14. Dezember 2016, die Abweisung des Leistungsbegehrens mit der Begründung, aus medizinischen Gründen sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt.

B.
Gegen diese Verfügung reichte der Beschwerdeführer am 1. Februar 2017 (BVGer act. 1) beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde ein und beantragte, 1) die Verfügung vom 14. Dezember 2016 sei aufzuheben, 2) es sei dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente zuzusprechen, wobei der Beginn der gesetzlichen Wartefrist mindestens ab 31. August 2013 festzusetzen sei, 3a) eventualiter sei die IV-Stelle zu verpflichten, die gesetzlich vorgeschriebenen notwendigen medizinischen Abklärungen über den Gesundheitszustand bzw. über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vorzunehmen, 3b) eventualiter seien dem Beschwerdeführer berufliche Integrations- bzw. Eingliederungsmassnahmen insbesondere eine Umschulung zu gewähren, 4) unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Als Begründung brachte er sinngemäss und zusammengefasst vor, es bestehe nicht nur eine leichte, sondern eine mittelschwere bis schwere depressive Episode, wie dies von Dr. D._____ diagnostiziert worden sei. Es sei bei Dr. D._____ ein aktueller Bericht einzuholen. Hinsichtlich des Gutachtens von Dr. G._____ und der RAD-Berichte monierte er, diese seien nicht nachvollziehbar, würden sich nicht mit den abweichenden ärztlichen Arztberichten auseinandersetzen und keine Gesamtbeurteilung der Einschränkungen der Leistungsfähigkeit enthalten.

C.
Der mit Zwischenverfügung vom 8. Februar 2017 (BVGer act. 2) eingeforderte Gerichtskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-, ging am 21. Februar 2017 (BVGer act. 4) bei der Gerichtskasse ein.

D.
Mit Vernehmlassung vom 28. März 2017 (BVGer act. 6) beantragte die Vorinstanz die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen. Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahme der IV-Stelle E._____ vom 23. März 2017. Die kantonale IV-Stelle hielt darin fest, das Gutachten von Dr. G._____ enthalte eine andere Würdigung desselben, unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes, was nicht bereits gegen den Beweiswert spreche. Die Beurteilung von Dr. G._____, wonach bei einer anhaltenden leichtgradigen depressiven Episode von einer vollzeitlichen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, sei schlüssig.

E.
Replikweise hielt der Beschwerdeführer am 15. Mai 2017 (BVGer act. 8) an seinen Anträgen und deren Begründung fest, nahm einlässlich zu den Vorbringen der Vorinstanz Stellung und führte insbesondere aus, dass der Beschwerdeführer stets bemüht gewesen sei, trotz seiner chronifizierten Erkrankung den Weg zurück in die Arbeitswelt zu finden. Er legte einen Arztbericht von Dr. D._____ vom 12. Mai 2017 bei.

F.
Gestützt auf die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes vom 23. Juni 2017 (BVGer act. 12/2) und der IV-Stelle E._____ vom 11. Juli 2017 (BVGer act. 12/1) bestätigte die Vorinstanz mit Vernehmlassung vom 14. Juli 2017 (BVGer act 12) ihre bisherigen Anträge und deren Begründung.

G.
Der Schriftenwechsel wurde mit Instruktionsverfügung vom 2. August 2017 geschlossen (BVGer act. 13).

H.
Am 15. Februar 2019 (BVGer act. 17) stellte die IVSTA dem Bundesverwaltungsgericht einen aktuellen Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers zu.

I.
Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Beweismittel wird, soweit für die Entscheidfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IVSTA vom 14. Dezember 2016 (Vorakten 107, 108; BVGer act. 1/1), mit welcher der Anspruch auf eine Rente und berufliche Massnahmen verneint wurde.

1.2 Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern – wie hier – keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Rentengesuche befindet (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.3 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26^{bis} und 28 - 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

1.4 Gemäss Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Beschwerdeführer nahm als Partei am vorinstanzlichen Verfahren teil. Als Verfügungsadressat ist er durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

1.5 Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 VwVG und Art. 52 VwVG) eingereicht, womit auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten ist.

1.6 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung und des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (vgl. Art. 49 VwVG).

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

Der Beschwerdeführer war beim Eintritt des Gesundheitsschadens als Grenzgänger für die C._____ AG in (…) tätig, lebte namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung im Grenzgebiet und machte als Gesundheitsschaden eine depressive Episode geltend, die sich während seiner Grenzgängertätigkeit manifestierte. Unter diesen Umständen war die kantonale IV-Stelle E._____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

2.

2.1 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretene Verordnung (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 BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

2.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. Dezember 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben (echte Noven), sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusam-

menhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C_101/2007 vom 12. Juni 2007 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 118 V 200 E. 3a; Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

Der im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichte ärztliche Bericht von Dr. D._____ vom 12. Mai 2017 (BVGer act. 8/1) stellt insofern ein unzulässiges Novum dar, als er eine Aussage zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach Verfügungserlass, im Berichtszeitpunkt, enthält und für diesen Zeitpunkt eine gesundheitliche Verschlechterung attestiert. Hingegen sind die allgemeinen Ausführungen und die Bemerkungen zu den RAD-Stellungnahmen vor Verfügungserlass vorliegend zu beachten. Im selben Umfang ist die RAD-Stellungnahme vom 23. Juni 2017 (BVGer act. 12/2) zu berücksichtigen.

Da der Beschwerdeführer am 15. Mai 2017 selber einen aktuellen Bericht von Dr. D._____ einreichte, erübrigt sich seine Beweisofferte, wonach bei Dr. D._____ eine Auskunft einzuholen sei.

2.3 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 14. Dezember 2016 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine 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. 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 (vgl. Art. 7 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (vgl. Art. 6 ATSG).

3.2 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer, das heisst, während mindestens drei Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt sind.

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten, vorbehältlich abweichender staatsvertraglicher Regelungen, nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (vgl. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG).

3.4 Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Hiernach haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid 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. Altersjahres folgt, entsteht. Die Rente wird vom Beginn des Monats, in dem der Rentenanspruch entsteht, ausbezahlt (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG).

Der Beschwerdeführer meldete sich am 9. April 2013 (Vorakten 1) zum Bezug von IV-Leistungen an. Die IV-Stelle E._____ gewährte Massnahmen der Frühintervention (Vorakten 22). Dem Beschwerdeführer wurde am 23. September 2013 (Vorakten 28) per 31. Mai 2014 aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt (Vorakten 43/6), woraufhin die IV-Stelle E._____ dem Beschwerdeführer am 8. Mai 2014 (Vorakten 32) mitteilte, dass die Frühinterventionsmassnahmen abgeschlossen seien. Gemäss Art. 1^{septies} IVV ist der Abschluss der Frühinterventionsphase zu beenden mit a) der Verfügung über die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 3 lit. a^{bis} und b IVG; b) der Mitteilung, dass keine Eingliederungsmassnahmen mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden können und der Anspruch auf eine Rente geprüft wird; oder b) der Verfügung, dass weder Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 3 lit. a^{bis} und b IVG noch auf eine Rente besteht. Vorliegend gewährte die IV-Stelle E._____ dem Beschwerdeführer nach Abschluss der Frühintervention ordentliche Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 3 IVG (Vorakten 42, 47, 57, 61, 62, 66, 68, 71, 78, 81). Folglich hätte sie den Beschwerdeführer nicht zu einer neuen Anmeldung anhalten, sondern über die IVSTA eine Verfügung erlassen müssen, worin der Beschwerdeführer über die Eingliederungsmassnahmen zu informieren gewesen wäre. Aus mangelhafter Eröffnung darf dem Beschwerdeführer kein Nachteil erwachsen (vgl. Art. 49 Abs. 3 ATSG, Art. 38 VwVG), daher ist vorliegend, entgegen der Ansicht der IV-Stelle E._____ und der IVSTA, nicht das Schreiben vom 14. Oktober 2014 sondern das Eingangsdatum vom 9. April 2013 auf dem IV-Anmeldeformular ausschlaggebend. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens 6 Monate nach Anmeldung, was am 1. Oktober 2013 wäre; jedoch wurden vorliegend bis zum 30. November 2015 Eingliederungsmassnahmen durchgeführt (Vorakten 86), so dass gemäss dem Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ der Rentenanspruch in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG frühestens am 1. Dezember 2015 entstehen konnte. Es ist daher im Folgenden zu klären (vgl. E. 4.4 hiernach), ob der Beschwerdeführer gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG während eines Jahres vor dem 1. Dezember 2015 zu mindestens 40 % invalid war. Folglich ist vorliegend allein der Sachverhalt in der Zeit vom 1. November 2014 bis zum 14. Dezember 2016 (Verfügungserlass) relevant (vgl. Urteil des BVGer C-5352/2013 vom 7. September 2015 E. 2.3).

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2; BGE 132 V 93 E. 4; BGE 125 V 256 E. 4).

3.6 Bei Grenzgängern prüft die kantonale IV-Stelle (vorliegend die IV-Stelle E._____) die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste (RAD) zur Verfügung (vgl. Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG). Die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (vgl. Art. 59 Abs. 2bis Satz 2 und 3 IVG).

3.7 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

3.8 Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

3.9 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

3.10 Bezüglich des Beweiswertes eines Gutachtens ist entscheidend, ob es 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 und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a).

3.10.1 Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S.114 E. 3b; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b).

3.10.2 Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (vgl. Art. 44 ATSG), welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit Hinweisen).

3.10.3 Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen, da davon auszugehen ist, dass sie in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

3.10.4 Bei Stellungnahmen eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin ist hinsichtlich des Beweiswertes zu unterscheiden, ob es sich um Aktenberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV oder um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV handelt.

Der Beweiswert eines Untersuchungsberichtes eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vergleichbar, sofern er den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und der IV-Arzt bzw. die IV-Ärztin über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2, 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1).

Bei einem Aktenbericht beurteilt der IV-Arzt oder die IV-Ärztin die vorhandenen ärztlichen Unterlagen, fasst die medizinischen Untersuchungsergebnisse zusammen und gibt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Versicherungsfalles aus medizinischer Sicht ab. Ein Aktenbericht erfüllt somit eine andere Funktion als ein medizinisches Gutachten, weshalb er die inhaltlichen Anforderungen an medizinische Gutachten nicht erfüllen kann und muss. Dennoch wird ihm nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung aberkannt, vielmehr ist er ein entscheidrelevantes Aktenstück, sofern die vom RAD beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (vgl. Urteil des BVGer C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen, Urteil des EVG I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3)

3.11 Das Bundesgericht hielt im Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 4.1.2 betreffend die psychiatrischen Diagnosen fest, dass in der Medizin Krankheitsbilder und -begriffe nicht feststehen. Die psychiatrische Terminologie, die Formulierung der Diagnosekriterien, wie auch die diagnostische Einordnung klinischer Befunde, sind vielmehr einem steten Wandel unterzogen. Einzelne Diagnosekriterien oder Diagnosen selbst fallen

weg oder neue kommen neu hinzu. Krankheitsbilder können sich überlappen oder zusammen auftreten. Die ständige Weiterentwicklung der Diagnose bestätigt, dass die diagnostische Einordnung einer psychischen Störung allein das dennoch objektiv bestehende tatsächliche Leistungsvermögen nicht festlegt. Weiter hielt das Bundesgericht fest, für die Diagnostik psychischer Störungen ist weder im naturwissenschaftlichen noch im psychologisch-testtheoretischen Sinn von einer hohen Objektivität auszugehen. Psychische Leiden sind wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich. Dieser Beweis ist indirekt, behelfsweise, mittels Indikatoren zu führen. Da bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erhebbaren Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestehen, ist das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf sie alle anzuwenden (E. 7.1). Das Bundesgericht erwog weiter, es sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) schliessen lassen (E. 7.2).

4.

4.1 Den Vorakten sind die folgenden Unterlagen mit Hinweisen zum medizinischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu entnehmen:

– Am 30. März 2009 (Vorakten 14/1) berichtete Dr. I._____, Neurologe und Psychiater, von einer depressiven Entwicklung bisher leichterer Ausprägung. Er verordnete Citalopram und eine Nachuntersuchung nach drei Wochen.

– Der Beschwerdeführer war vom 15. Juli 2010 bis zum 11. August 2010 in stationärer Behandlung in der Klinik J._____ (Austrittsbericht 29. September 2010; Vorakten 18/8, 20/10). Die behandelnden Ärzte diagnostizierten mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), Tinnitus mit Innenohrschwerhörigkeit, chronische Lumbalgie und Nikotinabusus.

– Im Bericht vom 3. Februar 2011 (Vorakten 18/12, 20/8) stellte Dr. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2). Es bestehe ein belastendes berufliches Umfeld. Zeitweise steigere sich das meist

leichte depressive Syndrom bis hin zu mittelgradig. Der Patient habe überdurchschnittliche Ressourcen in Bezug auf soziale Intelligenz, Fachwissen, Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Die Hauptgewichtung der zur Depression führenden Stressoren sei extern.

– Dr. K._____, Urologe, erkannte am 28. Januar 2012 (Vorakten 14/2) eine PSA-Erhöhung.

– Am 24. Juni 2013 (Vorakten 14/3) attestierte Dr. L._____ der Beschwerdeführer sei vom 24. April 2009 bis zum 8. Juni 2009 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen.

– Gegenüber der IV-Stelle E._____ erstatte Dr. D._____ am 29. Juli 2013 (Vorakten 18/2, 20/2) Bericht und führte als Diagnose auf, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anhaltend mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Innenohrschwerhörigkeit mit Tinnitus beidseits, chronische Lumbalgie und Nikotinabusus. Der Beschwerdeführer leide unter Konzentrationsstörungen, depressivem Affekt, Antriebsminderung, Energiearmut, rascher Erschöpfbarkeit, Perspektivenarmut, Grübelneigung und Sorgengedanken. Der Schweregrad schwanke situationsabhängig zwischen mittelgradig und schwer. Trotz des längeren wechselhaften Verlaufes bestehe langfristig eine gute Prognose. Gespräche würden alle zwei bis drei Wochen stattfinden und der Beschwerdeführer nehme Citalopram ein. Die krankheitsaufrechterhaltenden Faktoren seien hauptsächlich im Umfeld der gegenwärtigen Stelle festzumachen, so dass Klärung und Entspannung des beruflichen Umfeldes massgeblich zur Genesung beitragen könnten. Die physischen Einschränkungen seien für die überwiegend geistige Tätigkeit des Beschwerdeführers in seiner jetzigen Funktion nicht relevant. Er bescheinigte dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 31. August 2012 bis zum 21. April 2013 und eine 50 % Arbeitsunfähigkeit ab 22. April 2013 bis auf weiteres.

– Am 6. Juni 2014 (Vorakten 33/2, 34/2) hielt Dr. D._____ fest, die Einschätzung im Erstbericht vom 29. Juli 2013 müsse angepasst werden, denn nach der Kündigung des Arbeitsverhältnisses habe sich der gesundheitliche Zustand verschlechtert, so dass die ab 26. August 2013 bestehende 40 % Arbeitsunfähigkeit wieder auf 100 % angestiegen sei. Es sei zwar eine gewisse Erholung zu erkennen, jedoch bestehe keinerlei Leistungsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt. Dennoch könne

langfristig eine gute Prognose gestellt werden. Im geschützten Rahmen sei ab Ende Juli/Anfangs August eine 30 % Tätigkeit im Sinne von integrativen Massnahmen möglich. Auch wenn er im ersten Bericht vom 29. Juli 2013 erwähnt habe, dass wesentliche depressiogene Faktoren mit den Abläufen und Strukturen des bisherigen Arbeitsplatzes zusammenhängen würden, so habe das Krankheitsbild auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses solch eine Eigendynamik beibehalten, dass trotz Behandlungsmassnahmen und zwangsläufiger Herausnahme aus dem belastenden Umfeld bisher keine massgebliche Besserung eingetreten sei, die eine berufliche Orientierung auf dem freien Markt möglich machen würde.

– Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Dr. D._____ vom 29. November 2013 (Vorakten 34/14), 13. Januar 2014 (Vorakten 34/13), 3. Februar 2014 (Vorakten 34/12), 10. März 2014 (Vorakten 34/11), 15. April 2014 (Vorakten 34/10), 7. Mai 2014 (Vorakten 34/9), 6. Juni 2014 (Vorakten 34/8), 31. Juli 2014 (Vorakten 34/7), 9. September 2014 (Vorakten 34/6).

– Am 1. April 2015 konstatierte Dr. D._____ (Vorakten 51/2, 55/10, 63), der Beschwerdeführer sei für die Integrationsmassnahme im Verein F._____ ab 9. März 2015 zu zwei Stunden im geschützten Rahmen arbeitsfähig gewesen. Es sei eine Steigerung auf drei Stunden pro Tag zu versuchen.

– Im Rahmen von Integrationsmassnahmen absolvierte der Beschwerdeführer vom 9. März 2015 bis zum 30. November 2015 (Vorakten 82) bei F._____ ein Belastbarkeitstraining. Ab 9. März 2015 arbeitete er zwei Stunden pro Tag (Vorakten 55/9) und erledigte Erfassungsarbeiten am Computer. Das Pensum konnte ab 20. April 2015 auf drei Stunden pro Tag (Vorakten 58/8) und ab 15. Juni 2015 auf 4 Stunden pro Tag (Vorakten 74/10) erhöht werden. Am 17. August 2017 (Vorakten 74/3, 82/2, 85/10) berichtete F._____ der IV-Stelle E._____, die Arbeitszeit habe nicht gesteigert werden können; die erreichte Präsenzzeit liege bei ca. 47 %. Der Versicherte habe immer wieder Verspätungen, vor allem weil er am Morgen Zeit brauche um in Gang zu kommen oder aus verkehrstechnischen Gründen. Es sei schwer abschätzbar inwiefern und in welchem Zeitraum die Arbeitszeit gesteigert werden könne, da sich der Versicherte nach vier Stunden konzentrierter Arbeit erschöpft fühle und sich am Nachmittag zuerst ausruhen müsse. Es zeichne sich ab, dass eine Teilzeitbeschäftigung angestrebt

werden müsse. Hierzu sei eine medizinische Stellungnahme angezeigt. Der Versicherte arbeite eher langsam, der Output müsse und könne gesteigert werden. Die Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt sei zu früh, daher werde eine Verlängerung der beruflichen Massnahmen um drei Monate vorgeschlagen. Die IV-Stelle E._____ bewilligte am 8. September 2015 (Vorakten 78, 81) die Verlängerung der beruflichen Massnahmen. Am 29. Dezember 2015 (Vorakten 88) erstellte F._____ den Schlussbericht betreffend die berufliche Abklärung und führte aus, im Berichtszeitraum vom 1. September 2015 bis zum 30. November 2015 habe eine Präsenzzeit von 42 % erreicht, jedoch das Pensum wegen Krankheitsausfällen und Verspätungen nicht weiter gesteigert werden können. Die Arbeitsleistung sei ungenügend bzw. nicht nachweisbar gewesen trotz ausgewiesener Kompetenzen. Es gebe kaum ein messbares Output. Es fehle an Dynamik und Eigeninitiative respektive Umsetzung die aufgrund der Kompetenzen des Versicherten hätten erwartet werden können. Die Resultate bei Projektaufgaben seien verzettelt und nicht zielgerichtet gewesen. Es habe sich eine unproduktive Vorgehensweise gezeigt. Es werde vermutet, dass die gesundheitlichen Einschränkungen grösser seien als angenommen. Das Training habe keine Entwicklung mehr gezeigt. Als Gründe für die Leistungsminderung betrachtete F._____ eine Präsenzzeit von weniger als 50 %, gesundheitliche Instabilität, Absenzen, Verspätungen, zurückhaltende Selbstmotivation, keine eigene Perspektive und verminderte Leistung. Hinsichtlich der Vermittelbarkeit erachtete F._____ die Arbeitsmarktfähigkeit als nicht erreicht.

– Am 21. Januar 2016 (Vorakten 89/7) teilte Dr. D._____ der IV-Stelle E._____ mit, er begrüsse eine Berentung. Als Begründung verwies er auf seinen Bericht (Vorakten 89/2), worin er eine chronische mittelgradige bis zweitweise schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1-2) diagnostizierte. Die einseitige Tätigkeit bei F._____ habe sich eher depressiogen/antriebsmindernd ausgewirkt, so dass man schon frühzeitig die Vertreter von F._____ auf die Notwendigkeit thematischer Vielfalt hingewiesen habe. Neben der überwiegend monotonen Arbeit habe auch die Eigendynamik des depressiven Geschehens zur Limitierung des Leistungsvermögens beim Versicherten geführt. Dr. D._____ erhob als ärztliche Befunde mässige Konzentrationsstörungen, leichte Merkfähigkeitsstörungen, mässiges Gedankenkreisen, leicht bis mässig inhaltlich eingeengte Fragen der Zukunft, leichte Hoffnungsarmut, Morgentief, mässige Antriebsstörung, rasche Erschöpfbarkeit, mässige Energiearmut, starkes Erholungsbedürfnis, leichte bis

mässige Schlafstörungen und mittelgradige depressive Verstimmung. Unter Prognose bemerkte Dr. D._____, trotz einer ausreichenden antidepressiven Medikation und einer regelmässigen psychiatrisch psychotherapeutischen Behandlung alle zwei bis drei Wochen, müsse man, entgegen der Annahme aus dem letzten Bericht, ein Residuum postulieren bzw. einen sehr langsamen Besserungsverlauf, der dauerhaft mit Begrenzungen der Leistungsfähigkeit im privaten wie auch im beruflichen Bereich verknüpft sei. Die Erfahrungen der geschilderten Belastungserprobung von 9 Monaten Dauer habe gezeigt, dass der Versicherte trotz bester Bemühungen in einem vergleichsweise nicht sehr fordernden Rahmen keine Präsenz von 50 % erreicht habe. Somit bestehe weiterhin keine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt und damit auch nicht für den ursprünglichen Beruf. Eine umschulungsorientierte Weiterbildung sei im Rahmen von 30 % - 40 % möglich.

– Dr. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte den Beschwerdeführer am 24. Mai 2016, gemäss Auftrag der IV-Stelle E._____, und berichtete in ihrem Gutachten vom 24. Juli 2016 (Vorakten 95), dass der Versicherte mit dem eigenen Fahrzeug angereist sei. Er habe erzählt, er lebe zusammen mit seiner zweiten Frau im eigenen Haus in (…). Zum Haushalt würden auch zwei Hunde gehören. Morgens stehe er zwischen 08:00 Uhr und 09:00 Uhr auf, trinke Kaffee und gehe mit den Hunden ca. zwei Stunden im Wald spazieren. Anschliessend esse er zusammen mit seiner Frau zu Mittag. Danach beschäftige er sich mit Dingen, die ihn interessieren würden. Das Abendessen nehme er zusammen mit seiner Frau zwischen 19:00 Uhr und 20:00 Uhr ein. Seine Frau gehe zwischen 22:00 Uhr und 23:00 Uhr ins Bett. Nachdem er mit den Hunden nochmals draussen gewesen sei, gehe er selber dann um Mitternacht schlafen. Er betreibe Sport.

  Als aktuellen psychopathologischen Befund erhob Dr. G._____, der Explorand sei wach, orientiert und bewusstseinsklar. Er sei allgemein interessiert. Das Abstraktionsvermögen sei diskret eingeschränkt. Er wirke ruhig, besonnen und psychomotorisch diskret gedämpft. Er beklage Ängste, die immer wieder verstärkt auftreten würden. Ca. einmal im Monat habe er eine Panikattacke, vor allem nachts. Die Stimmung sei gedrückter, sie sei jedoch ablenkbar. Die Schwingungsfähigkeit sei intakt. Keine zirkadiane Rhythmik. Er sei etwas gereizter, jedoch nicht impulsiv. Es würden keine Zwänge bestehen. Es würden sich keine De-

personalisationen, keine Derealisationen und keine weiteren Ich-Störungen finden. Denken und Wahrnehmungen seien intakt. Er leide seit 10 Jahren unter Durchschlafstörungen. Er habe immer wieder Gedanken an Suizid, jedoch keine Pläne und keine Vorbereitungen. Der Selbstwert sei reduziert. Es bestehe keine wesentliche Hoffnungslosigkeit.

Dr. G._____ liess durch Herrn M._____, MSc in Psychogerontologie zahlreiche neuropsychologische Tests durchführen. Herr M._____ beschrieb dabei den Versicherten als freundlich, offen und ruhig. Es hätten sich keine psychomotorischen Auffälligkeiten gezeigt. Er habe alle Anweisungen ohne grösseres Nachfragen verstanden sowie motiviert und kooperativ gearbeitet, so dass die Ergebnisse als valide betrachtet werden könnten. Die neuropsychologischen Funktionstests hätten eine Verlangsamung im exekutiven Bereich bezüglich der Fluency-Leistung und der kognitiven Flexibilität ergeben. Es falle dem Exploranden schwer, die Konzentration über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten. Im Gesamtbild sei von einer durchschnittlichen Leistung auszugehen. Die Evaluation der Selbstauskunftsbögen habe ein schlechtes Schlafverhalten und eine schwach ausgeprägte psychische Widerstandsfähigkeit ergeben. Es hätten keine Hinweise für ein Burnout während der Arbeitszeit gefunden werden können.

Die Tests wertete die Gutachterin dahingehend, dass eine leichte Störung exekutiver Funktionen hätte nachgewiesen werden können. Im Screening für Angst und Depression habe der Versicherte geringfügig erhöhte Werte für den Bereich Angst, nicht jedoch für Depression gezeigt. Es würden sich Auffälligkeiten in der Persönlichkeit finden, die jedoch nicht ausreichen würden, um die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung zu erfüllen.

Die Gutachterin kam zum Schluss, dass aus medizinischen Gründen die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt sei. Die depressive Episode sei leicht. Der Versicherte beschreibe seinen Tagesablauf derart, dass er durchaus in verschiedenen Tätigkeiten engagiert sei. Aus seiner Biografie heraus sei eine Beschäftigung im naturwissenschaftlich-technischen Bereich eher anzuraten. In Anbetracht der hohen Intelligenz seien jedoch auch vielfältige andere Tätigkeiten möglich.

4.2 Die IV-Stelle E._____ unterbreitete die medizinischen Akten (vgl. E. 4.1 hiervor) ihrem regionalen ärztlichen Dienst:

– Dr. N._____, Fachärztin Psychiatrie und Neurologie, erkannte am 19. August 2013 (Vorakten 25) ein Invaliditätsrisiko. Derzeit werde vom Versicherten eine 50 % Tätigkeit ausgeübt, eine Steigerung sei unter psychotherapeutischer und medikamentöser Begleitung möglich. Eventuell sei ein Jobcoaching angezeigt. Eine Verweistätigkeit mit höherer Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich.

– Mit Stellungnahme vom 10. April 2015 (Vorakten 53/2) warf Dr. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Frage auf, warum die Medikation von Citalopram 40mg/d trotz mässigen bis geringen Ansprechens nicht geändert worden sei, denn wenn sich eine Depression über Jahre mit dem gleichen Antidepressivum nicht bessere, müsse diese Behandlung überdacht werden und ein Wechsel, eine Dosisanpassung oder eine Augmentation vorgenommen werden. Angesichts der Befunde liege wahrscheinlich keine schwere depressive Störung vor. Aufgrund des Verhaltens bestehe der Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge, die sich in Richtung rigid, zwanghaft und etwas querulatorisch bewegen würden. Dieses Verhalten könne sich am Arbeitsort ungünstig auswirken, indem der Versicherte sich wegen dieses Verhaltens zu wenig auf die effektive Arbeit konzentriere. Integrationsmassnahmen in einer etwas stärker fordernden Tätigkeit zu 3h/d seien sinnvoll. Schliesslich empfahl Dr. H._____, der Versicherte solle gebeten werden, die persönlichen Probleme in der Therapie oder am Standortgespräch mündlich zur Aussprache zu bringen, anstatt E-Mails über mehrere Seiten zu schreiben, da er seine Ressourcen auf die Arbeitstätigkeit konzentrieren sollte.

– Dr. H._____ empfahl am 27. Januar 2016 (Vorakten 91) gegenüber der IV-Stelle E._____ ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. G._____ einzuholen. Weiter war er der Ansicht, die vorliegenden Berichte seien dahingehend nachvollziehbar, als die somatischen Probleme (Innenohrschwerhörigkeit mit Tinnitus beidseits, chronische Lumbalgie und Nikotinabusus) kein Grund für eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für die in Frage kommenden Tätigkeiten seien.

– Am 1. September 2016 (Vorakten 97) nahm Dr. H._____ ausführlich zum Gutachten von Dr. G._____ vom 24. Juli 2016 und zu den Standardindikatoren Stellung und empfahl den Rentenentscheid auf dieses

Gutachten abzustützen. Spätestens ab August 2012 bestehe in der angestammten Tätigkeit als Application Specialist eine vollständige Arbeitsfähigkeit.

– Mit Bericht vom 24. November 2016 (Vorakten 105) bestätigte Dr. H._____ seine Einschätzung, wonach keine medizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit vorliege.

4.3 Im Beschwerdeverfahren wurden die folgenden Berichte eingereicht:

– Replikweise legte der Beschwerdeführer am 15. Mai 2017 (BVGer act. 8) den Bericht von Dr. D._____ vom 12. Mai 2017 ins Recht, worin dieser sich zur aktuellen gesundheitlichen Situation und zu den Vorbringen der RAD-Ärzte äusserte. Insbesondere brachte Dr. D._____ vor, die Medikation habe nicht erhöht werden können, da Citalopram nicht höher dosiert werden dürfe. Zudem habe wegen Unverträglichkeiten das Präparat nicht ersetzt werden können. Gemäss dem Beck'schen Depressionsinventar sei im Oktober 2016 ein mittelgradiges an der Grenze zum schweren Syndrom vorgelegen. Man könne bei nicht sehr engmaschiger Frequenz der Psychotherapiesitzungen nicht automatisch auf einen leichten Schweregrad schliessen.

– Die IV-Stelle E._____ legte den Bericht von Dr. D._____ vom 12. Mai 2017 ihrem regionalen ärztlichen Dienst vor. Dr. H._____ nahm am 23. Juni 2017 dahingehend Stellung (BVGer act. 12/2), als er ausführte, beim Beck'schen Depressionsinventar handle es sich um einen reinen Selbstevaluationsfragebogen. Der strukturierte Tagesablauf, der erhaltene psychomotorische Antrieb und die vorhandene Affektmodulation würden gegen eine schwere depressive Episode sprechen.

4.4 Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2016 und der Würdigung des medizinischen Sachverhalts zog die Vorinstanz die erwähnten Stellungnahmen ihres RAD (vgl. E. 4.2 hiervor) bei. Hierbei handelt es sich um Aktenberichte, welche nur dann eine abschliessende Beurteilungsgrundlage darstellen, wenn sie sich ihrerseits auf beweiswertige Gutachten, hier das Gutachten von Dr. G._____ vom 24. Juli 2016, stützen. Nachfolgend ist daher zu prüfen, ob der Expertise der Psychiaterin Beweiswert zukommt oder Unterlagen vorhanden sind, welche Zweifel zu wecken vermögen. Dabei ist zu beachten, dass vorliegend für die Frage des Rentenanspruchs einzig der medizinische Sachverhalt in der Zeit vom

1. November 2014 bis zum 14. Dezember 2016 massgebend ist (vgl. E. 3.4 hiervor) und folglich auch nur medizinische Berichte zu berücksichtigen sind, welche sich zu diesem Zeitraum äussern. Aus demselben Grund sind nur diejenigen Vorbringen des Beschwerdeführers zu prüfen, welche diesen Zeitraum betreffen.

4.4.1 In ihrem Gutachten vom 24. Juli 2016 (Vorakten 95) listete Dr. G._____ die vorhandenen medizinischen Unterlagen auf, fasste die Vorakten zusammen, gab die Anamnese wieder und dokumentierte ihre eigenen Untersuchungen. Diese stützten sich auf das Gespräch mit dem Beschwerdeführer vom 24. Mai 2016, neuropsychologische Funktionstests (Complex-Figure-Test, Mehrfachwortschatztest, Block-Tapping-Test, Leistungsprüfsystem 50+, Zahlennachsprechen, Trail Making Test) und Selbstauskunftsbögen (World Health Organisation Quality of Life, Hospital Anxiety and Depression Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, Sense of Coherence Scale, Resilience Scale, Big Five Intentory, Maslach Burnout Inventory, Persönlichkeits-Still und Störungsinventar). Dr. G._____ setzte sich mit den geklagten Leiden auseinander und erörterte ihre abweichende Diagnose einer anhaltenden leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) gegenüber der von Dr. D._____ diagnostizierten mittelgradig bis schweren depressiven Episode, anhand der erhobenen Befunde. Sie berichtete, die Stimmung sei ablenkbar. Es bestehe eine zirkadiane Rhythmik und eine intakte Schwingungsfähigkeit. Der Explorand beklage Ängste und auch gelegentliche Panikattacken. Zudem bestünden Durchschlafstörungen. In den strukturierten Untersuchungen habe eine leichte Störung exekutiver Funktionen nachgewiesen werden können. Im Screening für Angst und Depression habe der Versicherte geringfügig erhöhte Werte für den Bereich Angst, nicht jedoch für Depression gezeigt. Hinsichtlich Konsistenz erkannte Dr. G._____ keine Aggravation. Sie kam zum Schluss, aus medizinischen Gründen sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt.

4.4.2 Hinsichtlich der Diagnose brachte der Beschwerdeführer vor, entgegen der Ansicht von Dr. G._____ liege beim Beschwerdeführer eine mittelgradige bis schwere depressive Störung vor, wie dies von Dr. D._____ diagnostiziert worden sei.

4.4.2.1 Das Bundesgericht hielt mit Urteil 9C_190/2016 vom 20. Juni 2016 fest, dass eine abweichende fachärztliche Beurteilung allein nicht genügt, um den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens entscheidend zu min-

dern. Zudem ist bei der Würdigung von Arztberichten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer Vertrauensstellung zum Patienten in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. 3.10.3 hiervor).

4.4.2.2 Der ICD-10-Code F30 bis F39 wird für affektive Störungen verwendet (http://www.icd-code.de/icd/code/F30-F39.html, zuletzt besucht am 27.2.2019). Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität bestehen. Der Stimmungswechsel zwischen gehobener Stimmung und Depression wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind in Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen (http://www.icd-code.de/icd/code/F30-F39.html, zuletzt besucht am 27.2.2019). Zu dieser Gruppe gehören auch die depressive Episode (ICD-10 F32) und die rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33). Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen (http://www.icd-code.de/icd/code/F32.-.html, zuletzt besucht am 27.2.2019). Liegen zwei bis drei der beschriebenen Symptome vor, handelt es sich gewöhnlich um eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0). Bei der mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F 32.1) sind gewöhnlich vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist Schwierigkeiten, *alltägliche Aktivitäten* fortzusetzen. Eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F 32.2) ist eine depressive Episode mit mehreren der oben angegebenen, quälenden Symptome. Typischerweise bestehen

ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. *Suizidgedanken und -handlungen* sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor (http://www.icd-code.de/icd/code/F32.-.html, zuletzt besucht am 27.2.2019).

4.4.2.3 Es leuchtet unter Beachtung der obgenannten Ausführungen zu den depressiven Episoden (vgl. E. 4.4.2.2 hiervor) ein, dass Dr. G._____ in ihrem Gutachten vom 24. Juli 2016 (Vorakten 95), welche aufgrund der Erzählungen des Beschwerdeführers von einem strukturierten Tagesablauf ausging sowie anhand ihrer Untersuchung die Schwingungsfähigkeit als intakt ansah und Hoffnungslosigkeit sowie Suizidalität verneinte, von einer *leichten* depressiven Episode ausging. Hingegen ist nicht einzusehen, warum Dr. D._____ die Diagnose einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode stellte, jedoch keine hierzu korrelierende Therapie durchführte. Der IV-Arzt Dr. H._____ hielt diesbezüglich am 1. September 2016 fest (Vorakten 97), die Behandlung sei fachgerecht; gemäss Aktenlage kooperiere der Versicherte bei der Behandlung. Therapieoptionen, die die Arbeitsfähigkeit verbessern könnten, seien nicht ersichtlich, zumal die leichte Depression die Arbeitsfähigkeit nicht beinträchtige und die leichte depressive Episode mit Psychotherapie und Antidepressiva behandelt werde. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 10f., BVGer act. 1) war der IV-Arzt nicht der Ansicht, dass die Therapieoptionen nicht ausgeschöpft worden wären, vielmehr geht aus seiner Stellungnahme vom 1. September 2016 (Vorakten 97) hervor, dass er die Therapie für eine leichte depressive Episode als angemessen erachtete. Am 24. November 2016 (Vorakten 105) konstatierte Dr. H._____, für den von Dr. D._____ beschriebenen Schweregrad würden sich keine entsprechenden Befunde erheben lassen und auch die Behandlung Citalopram 40mg und seit 2010 keine Hospitalisation würden nicht in Richtung einer schweren Depression weisen. Der Hinweis von Dr. H._____ ist nachvollziehbar.

4.4.2.4 Zusammenfassend erweist sich die von Dr. G._____ gestellte Diagnose einer leichten depressiven Episode als schlüssig. Die Berichte von Dr. D._____ vermögen keine Zweifel an dieser Diagnose zu wecken.

4.4.3 Der Beschwerdeführer monierte weiter, es sei dem langjährigen Krankheitsverlauf nicht hinreichend Rechnung getragen worden. Dem ist nicht beizupflichten, denn Dr. G._____ beschrieb die leichte depressive Episode als „anhaltend“, womit sie den langwierigen Verlauf berücksichtigte.

4.4.4 Zudem störte sich der Beschwerdeführer daran (Beschwerde S. 12f., BVGer act. 1), dass Dr. G._____ aufgrund der erhöhten Werte des Beschwerdeführers beim Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar (PSSI) auf einen eigenwilligen Stil und eine paranoide Persönlichkeitsstörung schloss und von einer akzentuierten Persönlichkeit mit passiv-aggressiven Zügen ausging.

4.4.4.1 Dr. H._____ erklärte hierzu am 24. November 2016 (Vorakten 105), der Beschwerdeführer habe beim PSSI einen erhöhten Wert für paranoide Verhaltensweisen erreicht. Das PSSI sei ein subjektiver Befindlichkeitsfragebogen, bei dem der Versicherte frei sei, das ihm zutreffende anzukreuzen. Es handle sich um eine Auswertung nach vorgefertigtem Schema und nicht um eine klinische psychiatrische Diagnose aufgrund des tatsächlichen (eventuell dysfunktionalen) Verhaltens des Versicherten.

4.4.4.2 Zur Sozialkompetenz des Versicherten geht aus dem Bericht von F._____ vom 29. Dezember 2015 hervor (Vorakten 88/6), dass sein Verhalten gegenüber Vorgesetzten und Mitarbeitenden als genügend angesehen wurde und seine Kritikfähigkeit als mangelhaft bis genügend eingestuft wurde.

4.4.4.3 Der Beschwerdeführer äusserte sich gegenüber Dr. G._____ negativ über seine ehemaligen Vorgesetzten (vgl. Gutachten S. 12f., Vorakten 95) und es geht aus seinen Erzählungen hervor, dass er sich persönlich angegriffen fühlte. Bei der Schilderung der Scheidung empfand der Beschwerdeführer eine gewisse Schadenfreude darüber, dass die den Prozess verzögernde Anwältin dabei ihre Lizenz verlor. Weiter geht aus dem Gutachten hervor, dass sich der Beschwerdeführer nicht selber informierte und beim Bewerbungsprozess eher abwartete. Schliesslich entwertete er gegenüber der Gutachterin das F._____-Training als Unterforderung. Es ist nachvollziehbar, dass Dr. G._____ aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers von einer akzentuierten Persönlichkeit mit passiv-aggressiven Zügen ausging.

4.4.4.4 Bezüglich etwaiger Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erläuterte Dr. H._____, Menschen mit einer akzentuierten Persönlichkeit könnten zwar im Arbeitsumfeld mitunter Irritationen auslösen, es liege aber nicht eine medizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit vor (Vorakten 105/4). Akzentuierte Persönlichkeitszüge würden nicht einer psychischen Erkrankung entsprechen und daher die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussen (Vorakten 97/5).

4.4.4.5 Aus dem Dargelegten ergibt sich, dass als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) vorliegt. Zudem bestehen Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge, welche sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

4.4.5 Die Diagnose allein genügt für die Beurteilung der Frage, ob eine Arbeitsunfähigkeit und Invalidität vorliegt nicht, vielmehr kommt es auf die funktionellen Einschränkungen an.

4.4.5.1 Das Bundesgericht erwog mit Urteil 9C_190/2016 vom 20. Juni 2016, dass es im Rahmen der Invaliditätsbemessung jedenfalls im psychiatrischen Kontext grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf ankommt, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil 9C_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1 m.H.). Das Bundesgericht erwog im Urteil 9C_303/2018 vom 30. August 2018 E. 4.1, dass grundsätzlich nur schwere psychische Störungen mit schweren Auswirkungen in wichtigen Funktionsbereichen invalidisierend sein können (BGE 143 V 418 E. 5.2.2). Schliesslich kann die psychiatrische Begutachtung von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen; sie eröffnet der sachverständigen Person deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. statt vieler Urteil 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1).

4.4.5.2 Aus dem Gutachten von Dr. G._____ geht hervor (Vorakten 95), dass die zahlreichen neuropsychologischen Funktionstests eine gering herabgesetzte Konzentrationsleistung und eine leichte Störung exekutiver Funktionen ergab, wie Verlangsamung der Fluency-Leistungen und der kognitiven Flexibilität. Hingegen konnte betreffend Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis keine Einschränkung nachgewiesen werden. Es leuchtet ein, dass Dr. G._____ aufgrund der erhobenen Befunde zum Schluss kam, aus medizinischen Gründen sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht eingeschränkt.

4.4.5.3 Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor (BVGer act. 1 und act. 8), F._____ habe im Abschlussbericht vom 29. Dezember 2015 (Vorakten 88) festgehalten, dass die gesundheitliche Einschränkung grösser als angenommen und nur eine Teilzeitbeschäftigung im geschützten

Rahmen möglich sei. Gestützt auf die Erfahrung bei F._____ sei der behandelnde Psychiater, Dr. D._____, der Ansicht (Arztbericht vom 21. Januar 2016, Vorakten 89), dass der Beschwerdeführer dauerhaft nicht mehr fähig sei, seinen ursprünglichen Beruf auszuüben und bis auf weiteres keine kontinuierliche Arbeitsfähigkeit für andere Tätigkeiten des freien Marktes bestünden. Dr. D._____ erkannte in seinem Bericht vom 21. Januar 2016 (Vorakten 89) als Einschränkung mässige Konzentrationsstörungen, leichte Merkfähigkeitsstörungen, mässiges Gedankenkreisen, Grübeln, leichte bis mässig inhaltlich eingeengte Fragen der Zukunft, leichte Hoffnungsarmut, Morgentief, mässige Antriebsstörung, mässige Energiearmut, starkes Erholungsbedürfnis, leichte bis mässige Schlafstörungen. Bei einem Standortgespräch mit F._____ am 19. Mai 2016 sei festgestellt worden, dass sich der Versicherte in Bezug auf Antrieb und Energie rasch am Limit sehe, was der Versicherte mit der für ihn überwiegend monotonen Arbeit in Verbindung gebracht habe. Dr. D._____ hielt fest, aus seiner Kenntnis des Verlaufes sei es aber auch die Eigendynamik des depressiven Geschehens, die das allgemeine Leistungsvermögen limitiert habe. Trotzdem habe er auf mehr Stimulation in dieser Phase hingewiesen, während F._____ teilweise motivationale Probleme seitens des Versicherten gesehen habe. Aus seiner Verlaufsbeobachtung hätten sich die motivationalen Probleme um das Mass gebessert, wie auch die Vielfalt und der inhaltliche Anspruch der Aufgaben zugenommen hätten.

4.4.5.4 Der IV-Arzt Dr. H._____ wies am 1. September 2016 daraufhin (Vorakten 97), dass während der beruflichen Massnahmen bei der F._____ der Versicherte aktenkundig bei entsprechender Aufforderung zu guter Leistung fähig gewesen sei. Hingegen würden invaliditätsfremde Faktoren interferieren, wie beispielsweise der Eindruck einer weniger anspruchsvollen Arbeit als im Berufsleben zuvor. Die situativ bedingten Kränkungsgefühle könnten nicht einem dauerhaften Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeordnet werden. Dies korreliert mit der Einschätzung von F._____ (Vorakten 88), welche bei der Selbstkompetenz die Einhaltung von Terminen, die Eigeninitiative und die Motivation als mangelhaft einstufte und auf eine zurückhaltende Selbstmotivation hinwies. Zudem berichtete F._____ über Verspätungen und unentschuldigte Kurzabsenzen, was ebenfalls als mangelnde Motivation zu werten ist. Weiter stufte F._____ die psychische Belastbarkeit, die emotionale Stabilität, die Lernfähigkeit, die Konzentrationsfähigkeit, die Aufmerksamkeit und die Sorgfalt als genügend ein (Vorakten 88). Dr. H._____ wies am 24. November 2016 (Vorakten 105) daraufhin, dass die Erfahrungen aus

den beruflichen Massnahmen unter Subtraktion invaliditätsfremder Faktoren in die Beurteilung von Dr. G._____ im Gutachten vom 24. Juli 2016 (Vorakten 95) eingeflossen seien. Dies erklärt die unterschiedlichen Schlussfolgerungen von Dr. D._____ und Dr. G._____, welche ähnliche Befunde erhoben haben, in Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das Gutachten von Dr. G._____ erweist auch diesbezüglich als schlüssig.

4.4.5.5 Zusammenfassend ergibt sich, dass das Gutachten von Dr. G._____ vom 24. Juli 2016 (Vorakten 97) in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet, und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit sowie Leistungsfähigkeit für die rechtsanwendende Person nachvollziehbar begründet werden. Das Gutachten erfüllt somit die allgemeinen Beweisanforderungen an medizinische Gutachten.

4.4.6

4.4.6.1 Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und "sozialer Kontext" (E. 4.3.3) sowie Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Sie erlauben – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) anderseits – das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1).

4.4.6.2 Im psychiatrischen Gutachten vom 24. Juli 2016 (Vorakten 95) äusserte sich Dr. G._____, dem Fragenkatalog der Vorinstanz folgend (Vorakten 93), zu den Indikatoren. Die Gutachterin stufte den Schweregrad als leicht ein, mit der nachvollziehbaren Begründung, die Stimmung sei ablenkbar, es bestehe eine intakte Schwingungsfähigkeit und keine zirkadine Rhythmik. Ausserdem beschreibe er seinen Tagesablauf derart, dass er durchaus in verschiedenen Tätigkeiten engagiert sei. Es leuchtet ein, dass mit Blick auf die Lebensführung des Beschwerdeführers (u.a. regelmässige Tagesgestaltung, tägliche Spaziergänge mit den beiden Hunden, gelegentlich Reparaturarbeiten, geordnete familiäre Verhältnisse, aktive Teilnahme am familiären und gesellschaftlichen Leben) eine schwere Ausprägung der Störung ausser Betracht fällt. Gemäss Gutachten von Dr. G._____ liegen keine Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen vor, womit eine psychische oder somatische Komorbidität fehlt. Des Weiteren bestehen keine Hinweise auf die im Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) zu prüfenden Merkmale, welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen könnten. Zwar weist der Beschwerdeführer eine akzentuierte Persönlichkeit mit passiv-aggressiven Zügen auf, was sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Gegenteils enthält der soziale Lebenskontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3), so die Einbettung in die Familie und die Gesellschaft und die Unterstützung durch diese, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Hinsichtlich der Konsistenz hielt Dr. G._____ fest, dass die Beschwerdeschilderung konsistent sei und sich aus dem Dossier sowie der aktuellen Untersuchung keine Hinweise auf Aggravation ergeben würden.

4.4.6.3 Dr. H._____ hielt am 1. September 2016 (Vorakten 97) zu den Standardindikatoren fest, die objektiven Befunde und die konkreten Erscheinungsformen seien geringgradig ausgeprägt und würden leichtgradige Symptome betreffen. Eine Aggravation liege nicht vor. Jedoch sei eine Tendenz zur Abwertung weniger anspruchsvoller Integrationsangebote erkennbar, was den Verlauf der Integration ungünstig beeinflusst habe. Diese Faktoren würden zusammen mit der Dauer der Arbeitskarenz bei der Reintegration interferieren, sie würden aber keinem medizinischen psychischen Gesundheitsschaden entsprechen. Ein arbeitsrelevantes Suchtleiden liege nicht vor. Eine Nikotinabhängigkeit sei wohl vorhanden, damit werde die Arbeitsfähigkeit aber nicht beeinträchtigt. Es liege keine Persönlichkeitsstörung und keine abnorme Persönlichkeitsentwicklung vor, denn die akzentuierten Persönlichkeitszüge würden keiner psychischen Erkrankung entsprechen und die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen. Ressour-

cen seien vorhanden. Der Beschwerdeführer sei verheiratet, die Beziehung zur Ehefrau sei gut. Es bestehe ein stützendes Umfeld, welches dem Beschwerdeführer Rückhalt gebe. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer viele Interessen wie Spazieren mit den Hunden und deren Versorgung, Sport, Beschäftigung mit Tagesaktualitäten und Lesen, PC restaurieren und Elektronik. Ein sozialer Rückzug liege nicht vor. Der Beschwerdeführer fahre selber mit dem Auto, somit sei er in der Lage, sich geraume Zeit den heutigen Erfordernissen des dichten Strassenverkehrs entsprechend gut zu konzentrieren, geteilt aufmerksam zu sein, sich stets den veränderten Verkehrssituationen anzupassen, sich an die Verkehrsregeln zu halten und diese zu memorieren. Die Anamneseerhebung habe ein vorhandenes gutes Aktivitätsniveau mit verschiedenen Interessen und Aktivitäten im und ausser Haus ergeben. Soziale Belastungen von aussergewöhnlicher Schwere würden nicht vorliegen. Das Paar wohne im eigenen Haus. An vorhandenen Ressourcen seien insbesondere zu erwähnen, ein stützendes soziales Umfeld und umfangreiche Interessen mit einer massgeblichen Alltagsaktivität. Die Behandlung sei fachgerecht, gemäss Aktenlage kooperiere der Versicherte bei der Behandlung. Therapieoptionen, die die Arbeitsfähigkeit verbessern könnten, seien nicht ersichtlich, zumal die leichte Depression die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtige, und die leichte depressive Episode mit Psychotherapie und Antidepressiva behandelt werde. Die einvernehmliche Weiterführung der fachgerechten Therapie diene der Stabilisierung und Erhaltung, bei günstigem Verlauf der Verbesserung des jetzigen Gesundheitszustandes. Eingliederungsmassnahmen seien durchgeführt worden und hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer bei Aufforderung zu guter Leistung fähig sei. Hinsichtlich Konsistenz hielt Dr. H._____ fest, Diskrepanzen im engeren Sinn würden nicht vorliegen. Die gering ausgeprägten medizinischen Befunde könnten die subjektiv empfundene Einschränkung für somatisch angepasste Tätigkeiten nicht begründen, diese seien somit den invaliditätsfremden Faktoren zuzuordnen. Eine Übereinstimmung wiederum bestehe zwischen dem vollständig erhaltenen Aktivitätsniveau und Funktionsprofil im Alltag, den leichtgradigen medizinischen Befunden und der medizinisch zumutbaren vollen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und in Verweistätigkeiten. In vergleichbaren Lebensbereichen sei das Funktionsniveau im Alltag gut vorhanden. Hinweise auf Vernachlässigung von therapeutischen Optionen seien nicht vorhanden. Es liege eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Application Spezialist vor. Diese Folgerungen sind schlüssig.

4.4.6.4 Was den funktionellen Schweregrad der Störung betrifft und namentlich die im Komplex Gesundheitsschädigung zu prüfende Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, geht aus dem Gutachten von Dr. G._____ vom 24. Juli 2016 (Vorakten 95) hinreichend hervor, dass die Ausprägung der psychischen diagnoserelevanten Befunde nicht stark ins Gewicht fällt und aus psychiatrischer Sicht keine relevante Funktionseinschränkung resultiert. Weiter liegt keine massgebende Komorbidität vor. Die Lebensführung sowie der soziale Kontext (unter anderem regelmässige Tagesgestaltung, Sport, Betreuung der Hunde, gute Beziehung zu seiner Ehefrau und zu seinen Söhnen) weisen nicht auf eine schwere Ausprägung der Störung hin (vgl. Urteil des BGer 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.1 und 9C_514/2015 vom 14. Januar 2016 E. 4). Zudem ist auch kein sozialer Rückzug erkennbar, und der soziale Lebenskontext enthält bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Mit Bezug auf den Indikator „Persönlichkeit“ erkannte Dr. G._____ eine akzentuierte Persönlichkeit mit passiv-aggressiven Zügen, was jedoch die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt (vgl. E. 4.4.4.4 hiervor). Strukturelle Defizite im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten, werden im Gutachten von Dr. G._____ damit nicht beschrieben.

4.4.6.5 Insgesamt kann aufgrund des Gutachtens von Dr. G._____ (Vorakten 95) und der Stellungnahmen von Dr. H._____ (Vorakten 97) schlüssig beurteilt werden, dass sich auch unter Berücksichtigung der Standardindikatoren keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten Diagnose ergeben. Zusammenfassend fehlt es unter Berücksichtigung der dargelegten Indikatoren an einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden.

4.4.7 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass sich die Vorinstanz zurecht auf das beweiswertige Gutachten von Dr. G._____ vom 24. Juli 2016 (Vorakten 95) und die Stellungnahme von Dr. H._____ vom 1. September 2016 (Vorakten 97) abstützte. Da eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit besteht und berufliche Massnahmen bereits durchgeführt wurden, verneinte die Vorinstanz zurecht einen weiteren Anspruch auf berufliche Massnahmen. Die Beschwerde vom 1. Februar 2017 ist folglich abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 14. Dezember 2016 zu bestätigen.

5.
Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten sind vorliegend auf Fr. 800.- festzusetzen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen (Art. 63 Abs. 1 VwVG).

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

Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.
Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Gerichtskostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3.
Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an:

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

Der vorsitzende Richter: Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti Karin Wagner

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift 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: