



Urteil vom 12. April 2017

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter Daniel Stufetti, Richter David Weiss,
Gerichtsschreiberin Susanne Flückiger.

Parteien

A. _____, (Frankreich),
vertreten durch Sebastian Laubscher, Advokat,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch;
Verfügung der IVSTA vom 29. Juni 2015.

Sachverhalt:**A.**

A._____, geboren am (...) 1975, französischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Z._____, Frankreich (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer), arbeitete seit 1990 als Grenzgänger in der Schweiz, zuletzt als Chauffeur eines Lastkraftwagens (LKW) für die B._____ AG in Y._____. Dabei leistete er Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Vorakten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [doc.] 5, 9, 24).

B.

B.a Am 24. November 2008 meldete er sich bei der IV-Stelle des Kantons X._____ (nachfolgend IV X.) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (doc. 5). In seinem Gesuch machte er Nervenprobleme und Schwindel geltend.

B.b Nach Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht und nach Rücksprachen mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 4. Juni und 26. Oktober 2009 (Protokoll S. 2 f.) erliess die IV X. am 6. November 2009 einen Vorbescheid, in welchem sie die Ablehnung des Gesuches in Aussicht stellte. Nachdem der Versicherte keine Einwände erhoben hatte, bestätigte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) mit Verfügung vom 6. Januar 2010 die Abweisung des Rentenbegehrens (doc. 19 f.). Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

C.

C.a Am 3. Mai 2013 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV X. zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Massnahmen/Rente) an (doc. 24). Mit Schreiben vom 17. Mai 2013 ersuchte die IV X. den Versicherten um Einreichung von Arztberichten zur Beurteilung der Glaubhaftigkeit einer gesundheitlichen Veränderung. Am 19. Juni 2013 teilte sie ihm mit, es würden keine Eingliederungsmassnahmen durchgeführt, da (aktuell) Abklärungen in medizinischer Hinsicht erfolgten (doc. 25, 32).

C.b Auf Veranlassung durch den Krankentaggeldversicherer, die C._____-Versicherung, hin, erstellte Dr. D._____, Psychiatrie, Universitätsspital W._____, am 24. Juni 2013 ein psychiatrisches Gutachten (doc. 34 S. 2 ff.). Dieser hielt als Diagnose eine phobische Angststörung mit Panikstörung (ICD-10: F41.0) fest und erachtete den Versicherten in

seiner bisherigen Tätigkeit als Chauffeur zu 100% arbeitsunfähig, jedoch in einer angepassten Verweistätigkeit als zu 100% arbeitsfähig. Am 5. August 2013 teilte die C._____ -Versicherung dem Versicherten mit, dass seine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit zu 100%, mit normalem Rendement, gegeben sei, weshalb (sinngemäss) keine Leistungen der Krankentaggeldversicherung mehr geleistet würden (doc. 37).

C.c Mit erster Stellungnahme vom 26. September 2013 bejahte Dr. E._____ vom RAD, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber der Rentenverfügung vom 6. Oktober (recte: 6. Januar) 2010 glaubhaft gemacht worden sei. Mit zweiter Stellungnahme vom 8. November 2013 ersuchte sie die IV-Stelle um Nachfrage beim Versicherten, ob in somatischer Hinsicht aktuell Behandlungen aufgenommen oder Untersuchungen durchgeführt worden seien (doc. 39, 44). Unter Kenntnisnahme neu eingereichter Arztberichte erachtete Dr. E._____ mit weiterer Stellungnahme vom 12. Mai 2014 das Einholen einer polydisziplinären Begutachtung in den Fachbereichen Psychiatrie, Rheumatologie und Innere Medizin als notwendig für eine abschliessende Beurteilung (doc. 66).

Am 13. Januar 2015 erstellten die Dres. F._____, Psychiatrie, G._____, Innere Medizin, H._____, Rheumatologie, der MEDAS I._____ gestützt auf ambulante Untersuchungen des Versicherten vom 27.-31. Oktober 2014 ihr Gutachten zuhanden der IV X. (doc. 83). Aufgrund einer internen Aktennotiz von Dr. E._____, RAD, vom 11. Februar 2015 ersuchte die IV X. die Gutachter um Klärung verschiedener Fragen. Mit Antwort vom 14. April 2015 bezogen die Dres. F._____ und G._____ Stellung zu den ihnen vorgelegten Fragen (doc. 89-91). Dr. E._____ wiederholte in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 22. April 2015 die gutachterlichen Diagnosen und erklärte, auf das Gutachten könne abgestellt werden. In angestammter Tätigkeit liege seit der Arbeitsaufgabe im November 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vor; jedoch könne dem Versicherten eine leidensangepasste Tätigkeit zu 70% zugemutet werden (doc. 92). Mit Vorbescheid vom 7. Mai 2015 teilte die IV X. dem Versicherten mit, sie beabsichtige, das Rentengesuch abzuweisen. Da dieser keine Einwände erhob bzw. seinerseits die IV X. um Eingliederungsmassnahmen ersuchte, wies die IVSTA mit Verfügung vom 29. Juni 2015 das Rentengesuch ab (doc. 95, 98, 99).

D.

D.a Mit Beschwerde vom 18. August 2015 ersuchte A._____ um vollumfängliche Aufhebung der angefochtenen Verfügung und um Rückweisung

der Angelegenheit zu weiteren Abklärungen und zur Gewährung von Eingliederungsmassnahmen an die Vorinstanz. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Beschwerdeakten [B-act.] 1).

D.b Mit Vernehmlassung vom 17. September 2015 stellte die IVSTA – unter integrelem Verweis auf die Stellungnahme der IV X. vom 15. September 2015 – den Antrag auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung (B-act. 5).

D.c In seiner Replik vom 30. September 2015 hielt der Beschwerdeführer am Antrag auf Gutheissung der Beschwerde fest und wies darauf hin, dass er den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht anzweifelte, jedoch mit dessen Würdigung der Arbeitsfähigkeit nicht einverstanden sei (B-act. 7).

D.d Mit Zwischenverfügung vom 12. November 2015 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ab und erhob einen Kostenvorschuss von Fr. 400.–. Dieser wurde am 20. November 2015 in die Gerichtskasse einbezahlt (B-act. 10-12).

D.e Mit Duplik vom 8. Januar 2016 hielt die IVSTA – unter Bezugnahme auf die Eingabe der IV X. vom 29. Dezember 2015, welche auf die Einreichung einer Stellungnahme verzichtete – an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (B-act. 15).

D.f Am 15. Januar 2016 brachte der Instruktionsrichter dem Beschwerdeführer die Duplik zur Kenntnis und schloss den Schriftenwechsel ab (B-act. 16).

D.g Mit unaufgeforderter Eingabe vom 20. März 2017 weist der Beschwerdeführer auf eine weitere drastische Verschlechterung seiner Lebenssituation hin und ersucht um raschestmögliche Entscheidung (B-act. 18).

E.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird – soweit erforderlich – im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 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.

1.3 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig einbezahlt worden ist, ist auf sie einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG, Art. 63 Abs. 4 VwVG).

2.

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

2.2 Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger mit Wohnsitz in Frankreich im Kanton X. _____ einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt in Z. _____, Frankreich, Wohnsitz hatte, war die IV X. für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 29. Juni 2015 zu Recht von der IVSTA erlassen.

3.

3.1 Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Frankreich, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten

andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

3.2 Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

3.3 Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Frankreich und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sahen bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor.

3.4 Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit,

die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung.

4.

4.1 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, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a).

4.2 Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung 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. dazu das Urteil BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a).

4.3 Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein

praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

4.4 Bei Stellungnahmen des RAD bzw. des medizinischen Dienstes der IVSTA 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 des RAD bzw. des medizinischen Dienstes der IVSTA ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vergleichbar (vgl. E. 3.3 hiervor), sofern er den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und der IV-Arzt 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 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 IV-Arzt beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (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 und 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 IV-Arzt 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).

4.5 Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungs-

träger, 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).

4.6 In der schweizerischen Rechtspraxis begründet eine Alkoholabhängigkeit für sich alleine keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Hingegen wird die Alkoholabhängigkeit dann IV-rechtlich relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt. Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_701/2012 vom 10. April 2013 E. 2, I 758/01 vom 5. November 2002 E. 1. m.H., I 390/01 vom 19. Juni 2002 E. 2b; BGE 124 V 265 E. 3c; BGE V 28 E. 2). Erforderlich ist, dass der Alkoholabhängigkeit eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt (Urteil des Bundesgerichts I 192/02 vom 23. Oktober 2002 E. 1.2.2 m.H.).

4.7 Ähnliches gilt für die Adipositas: Nach der Rechtsprechung bewirkt diese Erkrankung grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität, wenn sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles dennoch als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (Urteil des BVGer C-3137/2006 vom 18. März 2008 E. 4.3 m.w.H.).

5.

5.1 Hier liegt eine Verfügung im Streit, mit der die Vorinstanz – nachdem Dr. E. _____ des RAD in seiner Stellungnahme vom 26. September 2013 bestätigt hatte, dass der Beschwerdeführer eine voraussichtlich längere und relevante Verschlechterung gegenüber der Rentenverfügung vom 6. Januar 2010 glaubhaft gemacht habe (doc. 39) – auf die Neuanschuldung

des Beschwerdeführers vom 3. Mai 2013 (doc. 24) eingetreten ist, das Gesuch materiell geprüft und abgewiesen hat mit der Begründung, es liege eine gesundheitsbedingte Einschränkung der Erwerbsfähigkeit vor, dies jedoch nicht in rentenrelevantem Ausmass.

5.2 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird auf eine Neuanmeldung nur dann eingetreten, wenn die versicherte Person *glaubhaft macht*, dass sich der Grad der Invalidität seither in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. hierzu BGE 130 V 343 E. 3.4.3). Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, tritt die Verwaltung auf das Gesuch nicht ein und eröffnet dies mit einer Nichteintretensverfügung (BGE 109 V 108 E. 2b). Ist dagegen in einem für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das Gesuch einzutreten und in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen, ob die vom Versicherten glaubhafte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b).

5.3 Dabei ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Die Prüfung muss dabei insbesondere auch denjenigen anspruchserheblichen Aspekt umfasst haben, auf dessen (behauptete) Veränderung sich die Neuanmeldung stützt (vgl. Urteil des BGer 9C_899/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1, in: SVR 2010 IV Nr. 54). Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, das heisst hinsichtlich der Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad rentenwirksam sein (vgl. Art. 17 ATSG, BGE

130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten – welche gleichermaßen für das Neuanmeldungsverfahren gelten (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2) – ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes im Übrigen unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 2006 IV Nr. 45 E. 2).

6.

6.1 Die letzte materielle Würdigung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung seines Gesundheitszustandes erfolgte vorliegend mit der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung der IVSTA vom 6. Januar 2010. Deshalb ist zu prüfen, ob zwischen dem 6. Januar 2010 und dem 29. Juni 2015 eine durch die medizinische Situation bedingte, für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades glaubhaft dargelegt worden ist. Nach dem Verfügungserlass verfasste ärztliche Berichte können berücksichtigt werden, wenn sie (rückwirkend) Bezug auf den – bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden – gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers nehmen, somit mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

6.2

6.2.1 Grundlage für die medizinische Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers anlässlich der ersten Verfügung bildeten mehrere Berichte des Hausarztes Dr. J._____, V._____, vom 15. September 2008, 14. November 2008 und 25. April 2009 (doc. 1 S. 7, doc. 10 S. 6, doc. 16), in welchen dieser eine Behandlung seit 2005 wegen neurotischer Störungen mit Panikkrise, Agoraphobie, Ängstlichkeit, Irritierbarkeit und Herzbeschwerden (bei normaler kardiologischer Bilanz) bis September 2008 bestätigte. Danach sei die Behandlung bei Dr. K._____, Psychiater, in U._____ fortgesetzt worden. Seines Wissens habe der Versicherte die Arbeit zuerst zu 50%, danach wieder voll aufgenommen. Der aktuelle Stand (per 25. April 2009) sei ihm nicht bekannt. In verschiedenen Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen attestierte er dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 25. August 2008 bis 12. Oktober 2008 (doc. 10 S. 9-12). In einem Arztbericht vom 22. Juni 2009 bestätigte Dr. K._____ die Behandlung des Versicherten vom 2. Oktober 2008 bis 17. Juni 2009. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er fest: Angstkrise mit Herzschmerzen, Exogenose und Schlafstörung.

gen, Irritabilität und Impulsivität, Aggressivität in den zwischenmenschlichen Beziehungen sowie diverse Phobien. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen in Abklärung und eine Schlafapnoe. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeiten hielt er eine solche von 100% vom 2. Oktober bis 16. November 2008, eine Arbeitsunfähigkeit von 50% vom 17.-30. November 2008 und eine Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit ab 1. Dezember 2008 fest.

6.2.2 Auf dieser Grundlage erklärte Dr. L. _____ des RAD am 26. Oktober 2009, Dr. K. _____ erachte den Versicherten offenbar als Chauffeur (noch) nicht arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit für alle anderen Tätigkeiten (jegliche Hilfstätigkeit) sei voll gegeben. Es seien keine weiteren Abklärungen erforderlich (Protokoll der IV X., S. 3).

6.2.3 Die IV X. ermittelte gestützt auf diese Beurteilung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 100% zwischen dem 25. August und 30. November 2008. Ab Dezember 2008 seien „aus ärztlicher Sicht grundsätzlich alle Tätigkeiten (Hilfsarbeiten) zumutbar“, die seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprächen, ganztags nachzugehen. Es bestehe keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit und somit kein Anspruch auf Leistungen (doc. 19 f.). Damit bejahte die IVSTA in ihrer Abweisungsverfügung auch die uneingeschränkte Zumutbarkeit der Chauffeur Tätigkeit. Der Rentenentscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

6.3

6.3.1 Im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens sind folgende Berichte aktenkundig gemacht worden: Ein Hospitalisierungsbericht von Dr. M. _____, Innere Medizin, U. _____, vom 26. März 2010 betreffend eine stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 10.-19. März 2010 wegen ängstlich-depressiven Syndroms im Kontext eines wiederholten Alkoholabusus. Als weitere Diagnosen nannte der Arzt Übergewicht, eine Lebersteatose infolge Übergewichts und Alkoholmissbrauchs sowie eine Ösophagitis (Entzündung der Speiseröhre) Stadium 2 (doc. 57 S. 7). Am 8. November 2010 erfolgte eine Hospitalisierung im Universitätsspital Y. _____ wegen eines Supinationstraumas des oberen Sprunggelenks (OSG) rechts beim Aussteigen aus dem Lastwagen. Es liege keine knöchernen Verletzung vor. Der Arzt verordnete eine Ruhigstellung während sechs Wochen (doc. 83 S. 43). Den Vorakten sind verschiedene Berichte der behandelnden Psychiaterin, Dr. N. _____, T. _____, zu entnehmen (doc. 28 S. 7 f.; doc. 28 S. 3; doc 26). Diesen Berichten zufolge sei der Beschwerdeführer in Behandlung seit 6. April 2010 wegen Panikkrisen

(F41), denen er seit 2008 ausgesetzt sei. Trotz Behandlung nähmen die Krisen zu. Im März 2013 bestätigte sie eine Dekompensation mit Aufgabe der Arbeitstätigkeit per November 2012 und diagnostizierte zusätzlich zu den Panikstörungen ein reaktionelles depressives Syndrom (F32.2). Der Versicherte nehme Blutdruckmedikamente, leide an Schwindel und Unwohlsein. Er trage nachts eine Sauerstoffmaske gegen Schlafapnoe. Er sei unfähig zur Führung eines Motorfahrzeuges (doc. 28 S. 3, S. 7 f.). In einem psychiatrischen Gutachten vom 24. Juni 2013 zuhanden der Krankentaggeldversicherung hielt Dr. D. _____, Psychiater des Universitätsspitals W. _____, gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers, als Diagnose eine phobische Angststörung mit Panikstörung (F40.01) fest. In seiner Beurteilung führte er aus, sechs Monate nach Krankschreibung und regelmässiger Behandlung seien die Ängstlichkeits-symptome immer noch stark präsent und beobachtbar während der Begutachtung. Eine Remission sei nicht objektivierbar. Die reaktionellen depressiven Störungen (die vielleicht während der Entwicklung der Angststörungen vorhanden gewesen seien), seien aktuell (nur) sehr diskret und rechtfertigten keine eigenständige Diagnose. Die Chauffeur-tätigkeit sei nicht mehr möglich wegen phobischer paroxystischer (anfallsweiser) Ängstlichkeit. Diese könnte noch länger andauern, da sie trotz Krankschreibung und Behandlung seit sechs Monaten immer noch sehr präsent sei. Eine Umschulung sei angezeigt. Einschränkungen bestünden aus somatischer Sicht (Lumbalgien) und in psychischer Hinsicht (kein Stress, keine ständige Wachsamkeit, Möglichkeit zu kurzer Pause). Eine angepasste Verweistätigkeit sei zu 100% möglich, mit normalem Rendement. In einer Stellungnahme vom 9. September 2013 bestritt Dr. N. _____ die Ergebnisse der Begutachtung und schloss, zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit sei ein polydisziplinäres Gutachten oder eine Hospitalisierung in einer Rehabilitationsklinik erforderlich. Dr. E. _____ des RAD hielt in ihrer Stellungnahme vom 26. September 2013, gestützt auf das Gutachten von Dr. D. _____, als Diagnose eine Agoraphobie mit Panikstörung (F41.0) fest und schloss, eine voraussichtlich längere und relevante Verschlechterung liege vor (doc. 39 S. 2). In einer weiteren Stellungnahme vom 8. November 2013 wies sie daraufhin, dass in den Akten Rückenbeschwerden bzw. physische Probleme erwähnt würden, weshalb diese noch abzuklären seien. Daraufhin eingereichte weitere Berichte des Hausarztes, Dr. J. _____, und der behandelnden Psychiaterin, Dr. N. _____, bestätigen die Fortsetzung der Behandlung, eine Therapieresistenz in psychiatrischer Hinsicht sowie eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dr. J. _____ nannte als somatische Diagnosen chronische Lumbalgien, gastro-ösophagischen Reflux und morbides Übergewicht (doc. 49 S. 3, doc. 50 f.). Dr. M. _____,

Hepato-Gastroenterologie, U. _____, bestätigte als aktuelle Beschwerden Lumbalgien, eine Ösophagitis, eine Depression sowie Bluthochdruck (doc. 57). Eine Echokardiografie am 28. Februar 2014 blieb ohne pathologische kardiologische Befunde (doc. 64 S. 3). Der Hausarzt hielt in einem weiteren Bericht vom 12. März 2014 folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: Bluthochdruck seit 2004, chronische Lumbalgien seit 2003, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom seit 2009, gastroösophagischer Reflux seit 2010, morbides Übergewicht. Der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig seit 2. November 2012 bis unbestimmt. Eine Arbeitsfähigkeit sei gegeben nach Umschulung, unter Vermeidung des Führens von Fahrzeugen und Arbeiten, die die Wirbelsäule belasteten (doc. 60). In einem Arztbericht vom 19. Mai 2014 hielt Dr. O. _____, Rheumatologie, S. _____, fest, es bestünden keine neurologischen Defizite an der Wirbelsäule (doc. 70 S. 2).

6.3.2 In ihrer polydisziplinären, in den Fachbereichen Psychiatrie, Rheumatologie und Innere Medizin erstellten Expertise vom 13. Januar 2015 nannten die Gutachter der MEDAS I. _____ folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Panikstörung (episodisch-paroxysmale Angst; F41.0), 2. rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (F33.01), 3. akzentuierte emotional instabile Persönlichkeitszüge mit Neigung zu unkontrollierten Affektdurchbrüchen aggressiver Art (Z73.1), 4. Alkoholabhängigkeit (F10.24), 5. Adipositas per magna, 6. chronisches lumbovertebrales Syndrom, mit intermittierender spondylogener Ausstrahlung nach rechts, Fehlform der Wirbelsäule mit S-förmiger Skoliose, mit degenerativen Veränderungen im unteren LWS-Abschnitt mit Diskusprotrusion im Segment L5/S1, mit Osteochondrose L5/S1 / Spondylose, 7. Radiologisch: Keilwirbel BWK 10-12, 8. Status nach Treppensturz 09/2010 anamnestisch. Als Diagnosen ohne Auswirkungen hielten sie fest: 1. Psoriasis vulgaris mit Nagelbefall (Erstdiagnose 2012), 2. rezidivierendes cervikovertebrales Syndrom (anamnestisch), 3. arterielle Hypertonie (gut eingestellt), 4. Diabetes mellitus Typ 2, 5. Hyperuricämie-Hyperlipidämie gemischt, 6. Steatosis hepatis (Fettleber), alkoholinduziert, 7. rezidivierende Ösophagitiden (abgeleitete Form der Ösophagitis, wiederkehrend), 8. Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) mit Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)-Beatmung. In der Gesamtbeurteilung hielten sie fest, dass ein anhaltendes belastungs- und bewegungsabhängiges lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen auf Höhe L4/5 und L5/S1 im Sinne von Osteochondrosen / Diskusprotrusionen und Spondylosen bestünden. Es gebe keine sicheren Hinweise auf entzündliche Veränderungen in der Lendenwirbelsäule. Die

Adipositas sei zentral und habe Auswirkungen auf das Rückenleiden (verstärkend), auf den Bluthochdruck, den Diabetes Mellitus, rezidivierende Ösophagitiden (durch erhöhten intraabdominalen Druck und Reflux) und das OSAS. Zur Arbeitsfähigkeit hielten sie fest, die Tätigkeit als Camionchauffeur sei infolge Panikattacken und Verlust der Fahrbewilligung nicht mehr möglich; dasselbe gelte für die frühere Tätigkeit als Metzger oder Umzugsmitarbeiter. Für adaptierte, körperlich leichte Tätigkeiten ohne körperliche Zwangshaltungen und repetitives Heben schwerer Lasten, Bücken, Besteigen von Leitern und Gerüsten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50% (Korrektur Schreibfehler: von „70%“). Von einer Tätigkeit im Gastgewerbe sei wegen gefährlichen Gebrauchs von Alkohol strikte abzuraten. Diese Einschätzung gelte ab November 2011 (Schreibfehler: ab November 2012). Faktoren für die berufliche Integration seien: Gewichtsverlust, Sistierung des übermässigen Alkoholkonsums, Arbeitstraining mit steigenden Anforderungen. Wünschenswert sei eine BEFAS-Abklärung oder berufliche Abklärung. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fusse zum grössten Teil auf den psychischen Leiden (Hauptgrund: akzentuierte, emotional-instabile Persönlichkeitszüge mit Tendenz zu depressiver Erlebnisverarbeitung; in die gleiche Richtung wirkten die Panikattacken). Der Anteil des Alkoholkonsums an dieser Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrage ein Drittel.

Nach Rückfrage durch den RAD ergänzten die Gutachter ihre Stellungnahme am 14. April 2015 wie folgt: Die Angabe einer Arbeitsfähigkeit von 50% sei ein Diktat- oder Schreibfehler. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70% (s. auch „Berufliche Massnahmen“ unter Ziff. 4.3.8). Dies ergebe sich aus einer verminderten psychischen Belastbarkeit infolge akzentuierter emotional-instabiler Persönlichkeitszüge mit Neigung zu unkontrollierten Affektdurchbrüchen aggressiver Art. Zu den Divergenzen zu Dr. N._____ führten sie aus, die am 21. Oktober 2014 attestierte schwere depressive Episode habe in der Untersuchung im Institut nicht bestätigt werden können und entspreche in ihrem Ausmass lediglich einer leichten Episode einer rezidivierenden depressiven Störung. Der Verlauf könne bekanntlich ändern, offenbar sei dies beim Versicherten der Fall gewesen. Das Medikament Venlafaxin sei lediglich in Spuren messbar. Entweder liege eine mangelnde Compliance vor (ihre Annahme) oder eine Resorptionsstörung. Gemäss den Angaben auf S. 15 des Gutachtens liege ein Body Mass Index (BMI) von 47 vor; es bestehe die Gefahr der metabolischen Entgleisung und Zunahme des Schlafapnoe-Syndroms. Die Adipositas führe zu körperlicher Verlangsamung und deutlicher Einbusse der physischen Leistungsfähigkeit. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit erklärten

sie, in der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0% seit der Arbeitsaufgabe im November 2012. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten sei nicht rekonstruierbar; nach Verlust der Arbeitsstelle dürfte eine ausgeprägte depressive Symptomatik vorgelegen haben, über deren Dauer die Gutachter keinerlei Angaben besitzten; auch die Vorakten seien dazu nicht hilfreich.

6.3.3 Dr. E. _____ des RAD erachtete in ihrer Schlussstellungnahme vom 22. April 2015 das Gutachten als überzeugend, darauf könne abgestellt werden. Zur Arbeitsfähigkeit führte sie aus, in angestammter Tätigkeit als Chauffeur sei der Beschwerdeführer zu 0% arbeitsfähig seit November 2012. Als leidensangepasste Tätigkeit seien möglich: leichte Tätigkeiten, keine Fahrtätigkeiten, keine Tätigkeit mit Alkoholkontakt, dies zu 70%. Ergänzend wies sie daraufhin, dass das Gutachten keine Angaben bezüglich des Zeitpunkts der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit enthalte. Sie schlage vor, eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% ab November 2012 bis zum Gutachten der C. _____-Versicherung (26.9.2013) anzuerkennen und ab diesem Zeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von 70% zu bejahen. Berufliche Massnahmen könnten geprüft werden. Hinsichtlich der Schadenminderungspflicht sei festzuhalten, dass bereits jetzt eine regelmässige Behandlung erfolge; eine weitere Verbesserung durch Auflagen sei nicht zu erwarten. Massnahmen zur Gewichtsreduktion seien (von den Gutachtern) als nicht durchführbar beurteilt worden (doc. 92).

6.4

6.4.1 Im Zeitpunkt der ersten Abweisung des Rentengesuches standen die psychischen Beschwerden (neurotische Angststörungen mit Panikattacken, Agoraphobie) im Vordergrund. Der RAD beurteilte die somatischen Nebendiagnosen (Brustschmerzen ohne krankhaften kardialen Befund, Bluthochdruck, erhöhte Leberparameter, Schlafstörungen, Schlafapnoe) als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

6.4.2 Im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids stehen nach wie vor die psychiatrischen Diagnosen im Vordergrund. Die Gutachter der MEDAS I. _____ haben diesbezüglich folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten: Panikstörung (F41.0), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (F33.01) und akzentuierte emotional instabile Persönlichkeitszüge mit Neigung zu unkontrollierten Affektdurchbrüchen aggressiver Art (Z73.1). Als

zentral erachten sie neu auch eine Alkoholabhängigkeit und eine Adipositas per magna. In somatischer Hinsicht werden als weitere für die Arbeitsfähigkeit relevante Diagnosen ein chronisches lumbovertebrales Syndrom, mit intermittierender spondylogener Ausstrahlung nach rechts, Fehlform der Wirbelsäule mit S-förmiger Skoliose, mit degenerativen Veränderungen im unteren LWS-Abschnitt mit Diskusprotrusion im Segment L5/S1, mit Osteochondrose L5/S1 / Spondylose, genannt. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind eine Psoriasis vulgaris mit Nagelbefall (Erstdiagnose 2012), ein rezidivierendes cervikovertebrales Syndrom (anamnestisch), eine gut eingestellte arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ 2, eine Hyperuricämie-Hyperlipidämie gemischt, eine Steatosis hepatis, alkoholinduziert, rezidivierende Ösophagitiden sowie ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit CPAP-Beatmung genannt.

6.4.3 Diese Beurteilung erscheint überzeugend: In der psychiatrischen Begutachtung bei Dr. D. _____ (Gutachten vom 24. Juni 2013) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer beschreibe Panikkrise vor allem während des Führens eines LKW; viel seltener, zwei- bis dreimal pro Woche, geschehe dies auch im Privaten (doc. 34 S. 5). In der MEDAS-I. _____-Begutachtung führte der Beschwerdeführer dazu aus, dass die Panikattacken deutlich seltener auftraten, seit er nicht mehr arbeite (doc. 83 S. 28). Das depressive Erscheinungsbild ordnete der psychiatrische Gutachter wie folgt zu: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (F33.01). Diese Beurteilung entspricht sowohl den erhobenen Befunden (Beschwerdeführer allseits orientiert, bewusstseinsklar, ohne Gedächtnisstörungen, gleichbleibende Aufmerksamkeit und Konzentration, einfach strukturierte Persönlichkeit mit durchschnittlicher Intelligenz, keine Auffälligkeiten in der Psychomotorik, ausreichender Antrieb, Gedankengang logisch kohärent und in sich geschlossen, keine Hinweise für Denkstörungen, für Phobien oder psychotisches Geschehen, für Sinnestäuschungen, Störungen des Ich-Erlebens oder abnorme Triebtendenzen; jedoch Hinweise auf Kontrollverluste) als auch dem Resultat der Testung mit der Hamilton-Depressionsskala: 15 Punkte = leichte depressive Episode (doc. 34 S. 27 f.). Die Tendenz zu Affektdurchbrüchen aggressiver Art schrieb der psychiatrische Gutachter akzentuierten emotional instabilen Persönlichkeitszügen zu; die Differenzialdiagnose der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ, verwarf er jedoch, da der Beschwerdeführer über viele Jahre in der Lage gewesen sei, den beruflichen Anforderungen standzuhalten und offenbar die Wertschätzung seiner Vorgesetzten genossen habe (doc. 83 S. 31).

Obwohl in der Rechtsprechung die Alkoholabhängigkeit und eine Adipositas als nicht grundsätzlich rentenrelevant erachtet werden (vgl. dazu E. 4.6 f.), massen die Gutachter den beiden Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Im Gutachten wird vom Facharzt für Innere Medizin dazu ausgeführt, dass das massive Übergewicht des Beschwerdeführers (ca. 160 kg) Auswirkungen auf die Lumbalgien, die obstruktive Schlafapnoe, den Bluthochdruck und den Diabetes Mellitus Typ 2 habe. Zudem bestehe eine gewichts- und alkoholinduzierte Fettleber. Der festgestellte Alkoholkonsum in extremem Übermass („Quartalssäufertum“) gelte als besonders toxisch für die Leber, daraus habe sich vorliegend eine Eisenstoffwechselstörung und eine Eiweiss-Elektrophorese (Auffrennung der Eiweisse im Blut) entwickelt (doc. 83 S. 18 f.). Diese Begründung ist nachvollziehbar und wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten.

Die Gutachter haben den Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Chauffeur als nicht mehr arbeitsfähig erachtet. Dies ergebe sich aus den Panikattacken insbesondere beim Führen eines LKW, der Medikamente, die der Beschwerdeführer als Folge seiner psychischen Probleme einnehme und deretwegen ihm der Vertrauensarzt den Führerausweis für LKW entzogen habe, sowie den Lumbalgien. Als Verweisungstätigkeiten seien leichte Tätigkeiten, vorwiegend sitzend, ohne Führen eines Motorfahrzeuges und ohne Alkoholkontakt, zu 70% zumutbar. Auch diese Einschätzung ist grundsätzlich nachvollziehbar (zur Prozentschätzung vgl. E. 6.4.9). Die rezidivierende depressive Störung liege gegenwärtig in leichter Form vor, was gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung keine invalidisierende Erkrankung darstellt, sofern keine Therapieresistenz vorliegt (vgl. Urteil des BGer 9C_901/2015 vom 8. Juli 2016 E. 3.2). Dass die Depression therapieresistent sei, geht aus dem Gutachten nicht hervor. Auch wenn die behandelnde Psychiaterin (Dr. N. _____) in ihren Berichten ausführte, eine Besserung sei trotz psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung nicht erzielt worden (doc. 51), vermag ihre Beurteilung nicht zu überzeugen: Das Medikament Venlafaxin im Blut des Beschwerdeführers konnte anlässlich der Begutachtung in der MEDAS-I. _____ nur in Spuren nachgewiesen werden, womit fraglich eine ungenügende Einnahme des Medikaments und damit ungenügende Therapiewirksamkeit vorliegt (vgl. Urteil des BGer 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). Des Weiteren enthalten ihre Berichte keine eingehende Befundung und eine gestützt darauf erfolgende Herleitung der Diagnosen (insbesondere nicht für die diagnostizierte schwere depressive Episode). Dr. N. _____ beschreibt seit März 2013 und noch im Oktober 2014 (und

damit rund drei Monate vor der Begutachtung in der MEDAS) mit der Codierung ICD-10: F32.2 („Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome“) eine andauernde, weitaus schwerere Depression als der Gutachter der MEDAS I. _____ (doc. 28 S. 3, doc. 51, doc. 91 S. 2), ohne dass den Akten und den Eingaben des Beschwerdeführers zu entnehmen wäre, dass sich zwischen Oktober 2014 und Januar 2015 eine wesentliche Besserung eingestellt hat, welche die abweichende Beurteilung zwischen der behandelnden Fachärztin und dem Gutachter erklären könnte. Zu ergänzen ist, dass Berichte der behandelnden Ärzte infolge ihrer Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind und – wie auch hier – herabgesetzte Beweiskraft aufweisen (vgl. dazu E. 4.3). Zu keiner abweichenden Beurteilung führt die mit unaufgeforderter Eingabe vom 20. März 2017 eingereichte Bestätigung von Dr. N. _____ vom 24. Februar 2017 (B-act. 18 Beilage 1), in welcher in generellen Ausführungen bestätigt wird, dass der Beschwerdeführer seit 2010 wegen generalisierter Angstsymptomatik bei ihr in (medikamentöser) Behandlung sei, deswegen ungeeignet zum Führen von Fahrzeugen erklärt und krank geschrieben worden sei. Die Erkrankung entwickle sich in Richtung einer depressiven reaktionellen Dekompensation. Soweit die Ärztin als *aktuelle* Befunde eine depressive Thymie, Ängstlichkeit, Irritierbarkeit, Unverständnis und Schlafstörungen festhält, ist darauf nicht weiter einzugehen (vgl. dazu E. 6.1). Des Weiteren werden die Rückenschmerzen als nicht-entzündlicher Natur beschrieben; radikulär bedingte Ausfallsphänomene seien nicht vorhanden. Es liegen deshalb keine gravierenden Rückenbeschwerden vor, die gegen die Ausübung einer leichten Tätigkeit sprechen.

Auch die Auflistung der Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist nachvollziehbar: Die Psoriasis vulgaris ist medikamentös behandelbar und hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit; Hinweise, dass trotz Befall der rechten Hand Tätigkeiten mit derselben nicht möglich sind, sind weder dem Gutachten (doc. 83 S.17) noch der Beschwerde zu entnehmen. Das zervikovertebrale Syndrom ist nur anamnestisch festgehalten worden und konnte in der rheumatologischen Untersuchung (s. Befundung, Röntgenaufnahmen und Beurteilung in doc. 83 S. 22-24) nicht bestätigt werden. Die arterielle Hypertonie bestehe seit Jahren und sei gut eingestellt. Hierbei handelt es sich um ein medikamentös behandelbares Leiden, das in einer leichten Tätigkeit keine Einschränkungen zur Folge hat. Dasselbe gilt für den Diabetes mellitus Typ 2, die Hyperuricämie-Hyperlipidämie gemischt und die rezidivierenden Ösophagitiden. Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom ist unter Behandlung

mit einer Atemdruck-Maske (CPAP); eine allenfalls dadurch bedingte, relevante Tagesmüdigkeit ist nicht aktenkundig.

6.4.4 Der Beschwerdeführer bestreitet die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens nicht grundsätzlich, jedoch die Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit zu 70% in angepasster Verweistätigkeit. In seiner Replik verweist er auf die Rechtsprechung des BGer im Urteil 9C_850/2013 (publiziert als BGE 140 V 193), in welchem das Bundesgericht bekräftigt habe, dass es sich bei der Frage, welche Arbeitsleistungen einer Person (aufgrund der von den Fachärzten erhobenen Befunde/Diagnosen) noch zugemutet werden könnten, um eine juristische Beurteilung handle. Die begutachtenden Ärzte gäben lediglich eine Schätzung der Arbeitsfähigkeit ab (E. 3.2). Nötigenfalls seien in Ergänzung der medizinischen Unterlagen für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (B-act. 7).

6.4.5 Die Vorinstanz und die IV X. verzichteten duplikweise darauf, Stellung zu nehmen und verwiesen auf ihre früheren Ausführungen (doc. 15). In der Vernehmlassung hielten die IV X. und (mit ihrem integralen Verweis auf deren Stellungnahme) auch die IVSTA fest, dass die beantragten Eingliederungsmassnahmen im vorliegenden Verfahren nicht zu beurteilen seien, da die Vorinstanz nur über den Anspruch auf Rentenleistungen befunden habe (B-act. 5).

6.4.6 Mit letzterer Beurteilung geht die Vorinstanz und mit ihr die IV X. fehl: Der Beschwerdeführer hat nicht einen eigenständigen Antrag auf Gewährung von Eingliederungsmassnahmen gestellt, sondern beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit diese weitere Abklärungen vornehme und (im Rahmen dieser Abklärungsmassnahmen) Eingliederungsmassnahmen gewähre. Hierbei verkennen die IV-Stellen, dass sie gehalten sind, im Rahmen der Würdigung der Arbeitsfähigkeit zu prüfen, ob die Eingliederungsfähigkeit bzw. Selbsteingliederungsfähigkeit der versicherten Person gegeben ist. Erweist sich der medizinische Sachverhalt nicht als verlässlich feststehend und lückenlos und/oder die Eingliederungsfähigkeit als fraglich, sind diesbezüglich weitere Abklärungen nötig, gegebenenfalls unter Beizug der Fachpersonen der beruflichen Integration. Dahingehend sind die Ausführungen des Bundesgerichts in BGE 140 V 193 zu verstehen, wonach nötigenfalls und („in Ergänzung zu den medizinischen Unterlagen“) für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten seien (E. 3.2

m.w.H.). Dies kann die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Sinne von Art. 9 Abs. 3 IVG zur Folge haben, die dazu dienen, die Grundlagen für eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu ergänzen.

6.4.7 Vorliegend sind den Akten verschiedene Hinweise zu entnehmen, die zusätzliche Abklärungen hinsichtlich der Frage der Arbeitsfähigkeit und insbesondere der Eingliederungsfähigkeit erforderlich erscheinen lassen: So hielt bereits die behandelnde Psychiaterin in ihren Berichten berufliche Massnahmen für notwendig und mit Blick sowohl auf eine verbesserte Reintegrationsfähigkeit (doc. 43 S. 3 f.: „M. A. _____ [...] présente, pendant certaines périodes, une incapacité à se conformer aux normes qui régissent les rapports interpersonnels“. [...] Un bilan plus approfondi serait nécessaire pour déterminer si le sujet présente un état compatible avec un autre poste de travail – adapté – ou bien s’il en est incapable“) als auch eine bessere Prognose als angezeigt (doc. 51). Die Gutachter der MEDAS I. _____ hielten ihrerseits in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Ziff. 12 des Gutachtens) fest, dass berufliche Massnahmen dringend angezeigt seien. Der Versicherte solle zur Evaluierung seiner beruflichen Fähigkeiten einer BEFAS-Abklärung oder einer beruflichen Abklärung unterzogen werden. Danach benötige er auch (infolge Entwöhnung von der Arbeit) ein Arbeitstraining mit steigenden Anforderungen. Es sei aber nicht anzunehmen, dass sich der Versicherte aus eigener Kraft eine neue Arbeitsstelle in einer adaptierten Tätigkeit zu organisieren vermöge. Die weitere Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit werde in hohem Masse von einer erfolgreichen beruflichen Integration abhängen, zumal der Versicherte unter seiner derzeitigen Untätigkeit zu leiden scheine (doc. 83 S. 37). Den Teilgutachten sind ergänzend folgende Hinweise zu entnehmen: Dr. G. _____, Innere Medizin, führte in Ziff. 4.1.5 „Medizinische Massnahmen“ des Gutachtens aus, zentral müsse die Gewichtsreduktion medizinisch in Angriff genommen werden. Ob dies durch eine operative Massnahme erfolgreich gemacht würde, wage er bei dieser vor allem auch komplexen psychiatrischen Problematik zu bezweifeln. Nach Stabilisierung der Psyche wären diätetische Massnahmen mit Alkoholabstinenz wohl am erfolgversprechendsten (doc. 83 S. 21). Der rheumatologische Gutachter, Dr. H. _____, führte in Ziff. 4.2.6 „Medizinische Massnahmen“ einzig aus: „Weiterführen der Rückengymnastik, Gewichtskontrolle unbedingt anstreben“ (doc. 83 S. 26). Dr. F. _____, Psychiatrie, führte aus, berufliche Massnahmen seien beim Versicherten dringend indiziert. Der Versicherte scheine unter seiner jetzigen Untätigkeit zu leiden und erweise sich als

durchaus arbeitswillig. Er scheine jedoch durch die episodisch paroxysmale Angst, die zwar etwas in den Hintergrund getreten sei, verunsichert zu sein. [...] Der Versicherte solle, wenn möglich, einer BEFAS-Abklärung unterzogen werden. Damit könnten die beruflichen Stärken beziehungsweise Schwächen evaluiert werden. Zudem habe der Versicherte eine gewisse Tendenz zu passiv-abwartenden Verhaltensweisen, sodass er Hilfe bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz benötige (doc. 83 S. 32). Die weitere Prognose sei offen. Sie werde im Wesentlichen davon abhängen, in wie weit es gelingen werde, den Versicherten beruflich zu reintegrieren (S. 33). In der ergänzenden Stellungnahme der Gutachter vom 14. April 2015 finden sich folgende Hinweise (Ziff. 5): Als Hindernis für eine effiziente Gewichtsreduktion seien die akzentuierten emotional-instabilen Persönlichkeitszüge zu erwarten. Auch hegten die Gutachter gewisse Zweifel, ob es dem Versicherten möglich sei, Einsichten bezüglich seines Übergewichtes zu entwickeln. Solange weiterhin ein Alkoholüberkonsum anhalte und keine ausreichende psychische Stabilität erreicht sei, seien ihres Erachtens Massnahmen zur Gewichtsreduktion nicht durchführbar (doc. 91 S. 3).

6.4.8 Damit erweisen sich aus Sicht der behandelnden Psychiaterin und insbesondere der Gutachter weitere berufliche Abklärungen als notwendig. In Berücksichtigung des bisher Gesagten kann das Gericht deshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigen, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung einer angepassten leichten Verweistätigkeit, unter Beachtung der genannten Einschränkungen (kein Führen von Motorfahrzeugen, keine körperliche Zwangshaltungen, kein repetitives Heben schwerer Lasten, kein Besteigen von Leitern und Gerüsten, keine Tätigkeit im Gastgewerbe), zu 70% zumutbar ist. Nicht weiter erörtert wurde in der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter und des RAD zudem die Aussage in der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme, wonach sich durch die Adipositas auch eine körperliche Verlangsamung ergebe und zu einer deutlichen Einbusse der physischen Leistungsfähigkeit führe (doc. 91 S. 3); quantifiziert wurde diese von den Gutachtern nicht. Damit kann aber nicht, wie in der Vernehmlassung der IV X. vom 15. September 2015 vertreten, davon ausgegangen werden, dass diese körperlichen Einschränkungen von den Gutachtern bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung insofern berücksichtigt worden seien, als dem Beschwerdeführer mittelschwere und schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien (B-act. 5 Beilage 1). Damit erweisen sich weitere Abklärungen unter Beizug der Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung als notwendig.

6.4.9 Bei diesem Ergebnis kann offen bleiben, ob es sich bei der nachträglichen Korrektur der Arbeitsfähigkeitsschätzung von 70 auf 50% um einen blossen Diktat- oder Schreibfehler handelt (doc. 91 S. 1). Gewisse Zweifel bleiben bestehen, zumal der psychiatrische Gutachter in seinem Teilgutachten zuerst ausführte „Für körperlich nicht belastende Tätigkeiten besteht eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50%“, er später unter dem Titel berufliche Massnahmen ausführte, „für eine Verweisungstätigkeit, welche kein Führen von Motorfahrzeugen beinhaltet, besteht eine Arbeitsfähigkeit von 70%“ (doc. 83.32), und die Gutachter schliesslich in der Konsenskonferenz interdisziplinär festhielten, für adaptierte, körperlich leichte Tätigkeiten ohne körperliche Zwangshaltungen und repetitives Heben schwerer Lasten, Bücken, Besteigen von Leitern und Gerüsten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50% [...]. Diese Einschätzung gelte ab November 2011 (recte: 2012; doc. 83 S. 36). Wie der Diktat- oder Schreibfehler bzw. die unterschiedlichen Prozentzahlen zustande gekommen seien, wurde nicht aufgezeigt.

6.5 Damit ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 29. Juni 2015 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ergänzende Abklärungen zur Frage der Arbeitsfähigkeit unter Beizug von Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung, unter Beachtung der erwähnten Rechtsprechung zur Alkoholabhängigkeit und zur Adipositas sowie unter Berücksichtigung der gutachterlichen Beurteilung dazu vornehme, danach – allenfalls unter ergänzenden Beizug der Gutachter der MEDAS I. _____ – eine neue Arbeitsfähigkeitsschätzung vornehme und gestützt darauf in der Sache eine neue Verfügung treffe. Zudem hat die Vorinstanz im Sinne des Grundsatzes „Eingliederung vor Rente“, falls nicht zwischenzeitlich bereits erfolgt, einen Entscheid zum Antrag auf Gewährung beruflicher Massnahmen zu fällen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist auf die Rüge, die Vorinstanz habe gegen Treu und Glauben verstossen, nicht weiter einzugehen.

7.

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

7.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und ist ihm der am

20. November 2015 einbezahlte Kostenvorschuss von Fr. 400.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm bekanntzugebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.2 Die ganz oder teilweise obsiegende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG in Verbindung mit 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). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.– und höchstens Fr. 400.– und für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.– und höchstens Fr. 300.–]) gerechtfertigt. 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 29. Juni 2015 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der am 20. November 2015 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.– wird nach Eintreten der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein vom Beschwerdeführer bekannt zu gebendes Konto zurückerstattet.

3.

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

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Susanne Flückiger

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 Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: