



## Urteil vom 16. November 2015

---

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),  
Richterin Michela Bürki Moreni,  
Richterin Caroline Bissegger,  
Gerichtsschreiber Lukas Schobinger.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung,  
Eingliederungsmassnahmen, Rentenanspruch,  
Verfügung vom 4. Juni 2014.

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

Der österreichische Staatsangehörige A.\_\_\_\_\_ (*nachfolgend*: Beschwerdeführer) wurde (...) 1963 geboren und ist in seiner Heimat wohnhaft (Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [*nachfolgend*: IVSTA act.] 2, 6). Er ist seit (...) 2001 (IVSTA act. 9) einvernehmlich geschieden und kinderlos. Nach der Bescheinigung des Versicherungsverlaufs vom 16. Juli 2013 (IVSTA act. 13) leistete er als Arbeitnehmer 1981 und von 2000 bis 2012 während insgesamt 152 Monaten Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vgl. auch IVSTA act. 12).

**B.**

Der Beschwerdeführer besuchte die Sonderschule und brach eine Lehre (...) nach einigen Monaten ab. Danach arbeitete er als Hilfsarbeiter (...) (unpaginierte Fremdakten, Gutachten B.\_\_\_\_\_, Seite 3). Zuletzt arbeitete er in der Schweiz als Kunststoffverarbeiter. Die Anstellung wurde per 31. August 2013 wegen Arbeitsunfähigkeit gekündigt (Akten der Sozialversicherungsanstalt des Kantons C.\_\_\_\_\_ [*nachfolgend*: SVA act.] 30, Seiten 1, 2). Am 3. Mai 2013 (Eingangsdatum) meldete er sich als Grenzgänger bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons C.\_\_\_\_\_ (*nachfolgend*: SVA C.\_\_\_\_\_) für berufliche Integration und Rente an (SVA act. 10). Mit Schreiben der SVA C.\_\_\_\_\_ vom 7. Mai 2013 (SVA act. 15, 17) erhielt die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend*: Vorinstanz) eine Kopie der Anmeldung.

**C.**

Auf der Grundlage des Gutachtens von Psychiater Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2013 (SVA act. 39) und des Gesamtgutachtens von Allgemeinmediziner Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 6. August 2013 (SVA act. 29) wies die österreichische Pensionsversicherungsanstalt (...) mit Bescheid vom 22. August 2013 den Antrag des Beschwerdeführers auf Invaliditätspension und berufliche Rehabilitation ab, was im Wesentlichen mit einer fehlenden Invalidität begründet wurde (IVSTA act. 30; SVA act. 49).

**D.**

Auf Anforderung des Landesgerichts F.\_\_\_\_\_ als Arbeits- und Sozialgericht verfassten der Neurologe und Psychiater Dr. B.\_\_\_\_\_ am 7. November 2013, der Internist Dr. G.\_\_\_\_\_ am 8. Oktober 2013 und der Orthopäde Dr. H.\_\_\_\_\_ am 5. Dezember 2013 auf ihrem jeweiligen Fachgebiet arbeitsmedizinische Gutachten über den Beschwerdeführer

(Fremdakten). Im Gesamtgutachten vom 17. Dezember 2013, das der Orthopäde Dr. H. \_\_\_\_\_ unter Berücksichtigung der drei vorgenannten Teilgutachten erstattete, wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen gestellt: 1. depressive Episode in mässiggradiger Ausprägung, 2. de-myelinisierende Polyneuropathie bei HIV-Erkrankung, 3. Spannungskopfschmerz, 4. medikamentös kontrollierte HIV-Infektion, 5. behandlungs-bedürftiger Bluthochdruck, 6. Blutfetterhöhung, 7. prämatüre Arteriosklerose, 8. wiederholte Halswirbelsäulenschmerzen bei Bandscheibenvorfall, 9. Lendenwirbelsäulenschmerzen bei mehrsegmentaler Abnützungerscheinung, 10. Zustand nach zweimaliger Arthroskopie des rechten Kniegelenks und einmaliger Arthroskopie des linken Kniegelenks mit geringen Abnützungerscheinungen beidseits (Fremdakten, Gesamtgutachten, Seite 3).

#### E.

Nach Durchsicht der medizinischen Unterlagen stellte Dr. I. \_\_\_\_\_, Ärztin (mit unbekannter Fachrichtung) beim regionalen ärztlichen Dienst (...) (*nachfolgend*: RAD), mit interner Notiz vom 27. Februar 2014 (SVA act. 68, Seite 3) fest, leichte und mittelschwere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer unter Vermeidung von schweren und überwiegend mittelschweren Hebe- und Trageleistungen in vollem Umfang zumutbar. Wiederholte Zwangshaltungen in gebückter und nach vorne geneigter Stellung seien zu vermeiden, ebenso Tätigkeiten mit Nachtarbeit und besonderem Zeitdruck. Mit Mitteilung vom 7. April 2014 (SVA act. 72) wies die SVA C. \_\_\_\_\_ das Leistungsgesuch ab. Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 13. und 30. April 2014 Einwand (SVA act. 73, 79). Er machte im Wesentlichen geltend, aus medizinischer Sicht werde er nie wieder zu 100 % arbeiten können. Arbeiten an einer Maschine, im Freien und im Büro seien nicht mehr möglich (SVA act. 73). Dies werde sich auch durch den bevorstehenden Kuraufenthalt vom 15. Oktober 2014 bis zum 26. November 2014 nicht ändern (SVA act. 79). Nach erneuter Prüfung durch die RAD-Ärztin Dr. I. \_\_\_\_\_ (SVA act. 75, 82, 83) wies die Vorinstanz mit Verfügung vom 4. Juni 2014 die beantragten Leistungen, berufliche Massnahmen und Invalidenrente, ab (IVSTA act. 34; SVA act. 88). Zur Begründung führte die Vorinstanz im Wesentlichen aus, in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe (wieder) eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Die angestammte Tätigkeit als Kunststoffverarbeiter sei als adaptiert anzusehen. Mit den Einwandschreiben seien aus medizinischer Sicht keine neuen Tatsachen geltend gemacht worden.

**F.**

Mit Eingabe vom 4. Juli 2014 erhob der Beschwerdeführer Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (Akten des Bundesverwaltungsgerichts [*nachfolgend*: BVGer act.] 1). Er beantragte eine Überprüfung seiner Invalidität. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, seine psychische Erkrankung habe sich trotz einer adäquaten Behandlung nicht verbessert. Im Herbst (2014) müsse er für mindestens sechs Wochen für einen stationären Aufenthalt in eine psychiatrische Klinik eintreten. Daher sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Vorinstanz von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten ausgehe. Er sei bereit für eine berufliche Eingliederung, sobald es sein Gesundheitszustand erlaube.

**G.**

Mit Vernehmlassung vom 22. August 2014 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 3). Die Vorinstanz verwies auf eine Stellungnahme der SVA C. \_\_\_\_\_ vom 14. August 2014, in der im Wesentlichen festgehalten wurde, der Beschwerdeführer sei nach der schlüssigen Einschätzung der medizinischen Sachverständigen in rückenadaptierten Tätigkeiten voll arbeitsfähig.

**H.**

Mit Replik vom 12. September 2014 (BVGer act. 7) führte der Beschwerdeführer sinngemäss im Wesentlichen aus, es sei medizinisch nicht belegt, dass eine mittelgradige depressive Episode mittels Psychotherapie und Medikamenten gut therapierbar sei. Die in der Stellungnahme der SVA C. \_\_\_\_\_ vom 14. August 2014 (BVGer act. 3, Beilage) vertretene Annahme, die depressive Symptomatik sei Folge psychosozialer Probleme, sei nicht korrekt. Gemäss ICD 10 stelle eine mittelgradige depressive Episode ein erhebliches Leiden dar. Die Betroffenen könnten soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten nur unter erheblichen Schwierigkeiten fortsetzen. Die Vorinstanz habe sich nur auf eine Krankheitsphase von fünfzehn Monaten (nach dem Stellenverlust) bezogen und somit nicht den gesamten Verlauf berücksichtigt. Die Auswirkungen der psychiatrischen Erkrankung seien unzulässigerweise nicht ausschliesslich von einem Psychiater, sondern auch von einem Orthopäden (Dr. H. \_\_\_\_\_; Fremd-akten, Gesamtgutachten) und einem Allgemeinmediziner (Dr. E. \_\_\_\_\_; SVA act. 29) mitbeurteilt worden. Mit der Replik reichte der Beschwerdeführer zudem diverse Berichte von behandelnden Ärzten (namentlich von Psychiater und Neurologe Dr. J. \_\_\_\_\_ und von Psychiaterin Dr. K. \_\_\_\_\_) ein (BVGer act. 6).

**I.**

Mit Duplik vom 3. November 2014 beantragte die Vorinstanz unter Beilage einer Stellungnahme der SVA C.\_\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2014 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 10).

**J.**

Mit unaufgeforderter Eingabe vom 2. Februar 2015 (BVGer act. 13) reichte der Beschwerdeführer einen ärztlichen Entlassungsbericht für einen stationären Aufenthalt in einem Zentrum für psychosoziale Gesundheit im Zeitraum vom 15. Oktober 2014 bis zum 26. November 2014 ein.

**K.**

Mit Stellungnahme vom 24. April 2015 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 15). Die Vorinstanz verwies auf eine ausführliche Stellungnahme vom 16. April 2015, in der der RAD-Psychiater Dr. L.\_\_\_\_\_ an der bisherigen Beurteilung des Leistungsvermögens im Wesentlichen festhielt.

**L.**

Der Beschwerdeführer verzichtete auf Schlussbemerkungen (BVGer act. 18), reichte aber mit unaufgeforderter Eingabe vom 2. Juli 2015 (BVGer act. 20) einen neuropsychodiagnostischen Befund vom 21. August 2013 ein, der sich bereits in den Vorakten befand (SVA act. 57). Mit Verfügung vom 6. Juli 2015 (BVGer act. 21) schloss der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel ab.

**M.**

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

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

### **1.**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

**1.1** Das Bundesverwaltungsgericht ist zuständig für die Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021), sofern kein Ausnahmetatbestand erfüllt ist (vgl. Art. 31 und 32 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32]). Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland ist eine Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831. 20]). Deren Verfügung vom 4. Juni 2014 stellt eine Verfügung nach Art. 5 VwVG dar. Eine Ausnahme nach Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

**1.2** Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen, ist als Adressat durch die angefochtene Verfügung in besonderer Weise berührt und hat an deren Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Er ist zur Beschwerde legitimiert.

**1.3** Die angefochtene Verfügung datiert vom 4. Juni 2014 und wurde per Einschreiben an die Adresse des Beschwerdeführers (...) versandt. Ein Nachweis für den Zeitpunkt der Zustellung ist trotz dieser Versandart nicht aktenkundig. Die Beschwerdeschrift wurde nach dem Poststempel am 4. Juli 2014 (...) aufgegeben und ging am 7. Juli 2014 beim Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer act. 1). Die Beschwerde wurde fristgerecht innerhalb von dreissig Tagen nach Eröffnung der angefochtenen Verfügung eingereicht (Art. 60 ATSG in Verbindung mit Art. 38 Abs. 1 ATSG).

**1.4** Die Beschwerde enthält einen Antrag und eine Begründung und wurde vom Beschwerdeführer unterschrieben. Eine Kopie der angefochtenen Verfügung wurde beigelegt. Die Beschwerde wurde formgerecht eingereicht (Art. 52 Abs. 1 VwVG). Nachdem das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung gutgeheissen wurde (BVGer act. 8), ist auf die Beschwerde einzutreten.

## **2.**

Zum Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht im Allgemeinen und zum Sozialversicherungsprozess im Besonderen ist Folgendes vorzuschicken:

**2.1** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Gemäss Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG bleiben in den sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26<sup>bis</sup> und 28 - 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. In formellrechtlicher Hinsicht finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

**2.2** Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit einer Verwaltungsverfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Verfügungserlasses (hier: 4. Juni 2014) gegeben war (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C\_101/2007 vom 12. Juni 2007 E. 3.1 mit Hinweisen auf BGE 118 V 200 E. 3a und das Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Medizinische Berichte und Gutachten, die nach Erlass der angefochtenen Verfügung vorgebracht werden und die in einem engen Sachzusammenhang mit dem streitigen Leistungsanspruch stehen, sind daher zu berücksichtigen, soweit sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zur Zeit des Verfügungserlasses zulassen.

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

BENJAMIN SCHINDLER, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49). Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

**2.4** 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. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Dabei sind die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden (AHI-Praxis 1996, S. 179; ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

**2.5** 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 (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und –

im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des BGer 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

**2.6** Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (GYGI, a.a.O., S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

**2.7** Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten zusätzliche Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3; BGE 124 V 90 E. 4b; zum Ganzen: Urteil des BGer 8C\_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

**2.8** Die objektive Beweislast beurteilt sich nach dem materiellen Recht und damit unabhängig davon, ob der Untersuchungs- oder Verhandlungsgrundsatz gilt. Der vor der IV-Stelle geltende Untersuchungsgrundsatz ändert demnach nichts an der objektiven Beweislast: Ergibt die Beweiswürdigung, dass für eine rechtserhebliche Tatsache der Beweis nicht erbracht ist, trägt die beweisbelastete Partei die Folgen der Beweislosigkeit (BGE 115 V 44 E. 2b; BGE 117 V 264 E. 3b). Dies bedeutet, dass für rechtserzeugende oder anspruchsbegründende Tatsachen diejenige Person die Folgen der Beweislosigkeit trägt, die das Recht geltend macht. Dies ist im IV-Verfahren in der Regel die versicherte Person. Ergibt beispielsweise die Beweiswürdigung, dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt, hat die versicherte Person, welche einen Rentenanspruch geltend gemacht hat, die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen. Für rechtshindernde oder rechtsaufhebende Tatsachen trägt dagegen diejenige Person die Folgen der Beweislosigkeit, die sie behauptet. Dies ist im IV-Verfahren in der Regel die IV-Stelle (URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, S. 292, Rz. 1536 ff.).

### **3.**

Das anwendbare Recht bestimmt sich wie folgt:

**3.1** Der Beschwerdeführer besitzt die österreichische Staatsbürgerschaft und wohnt in seiner Heimat, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, *im Folgenden*: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen

Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als „Mitgliedstaat“ zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

**3.2** Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt am 4. Juni 2014 und eine frühestmögliche Berentung ab 1. November 2013 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) 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 (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

**3.3** In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsvorschriften anwendbar, die bei Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 134 V 315 E. 1.2; BGE 130 V 329 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; vgl. BGE 130 V 445). Damit finden

grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Juni 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind. Neben dem IVG (ab 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision]) und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201; in der entsprechenden Fassung) sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und des Einkommensvergleichs (Art. 16) entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. IV-Revision nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

**4.** Nach schweizerischem Recht ist folgender Invaliditätsbegriff massgebend:

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

**4.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 in

Verbindung mit Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2; BGE 130 V 352 E. 2.2.1). Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit, als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei der versicherten Person sozialpraktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

**4.3** Zur Annahme einer Invalidität ist - auch bei psychischen Erkrankungen - ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das klinische Beschwerdebild darf nicht einzig aus Beeinträchtigungen bestehen, welche von belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen, etwa eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, die in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden und in diesen aufgehen, liegt kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vor (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des BGer 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

## 5.

Zum Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und zum Anspruch auf Rentenleistungen ist Folgendes festzuhalten:

**5.1** Nach der Rechtsprechung gilt im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Es ist primär Sache des Einzelnen, sich um eine angemessene Eingliederung zu bemühen. Kann eine versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Invalidenversicherung - auch für Eingliederungsmassnahmen - fehlt. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (BGE 113 V 22 E. 4a; AHI 2001 S. 282 E. 5a aa; RKUV 1987 U 26 S. 391). Seit dem 1. Januar 2008 ist die Schadenminderungspflicht in der IV ausdrücklich im Gesetz verankert. Art. 7 Abs. 1 IVG schreibt vor, dass die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen muss, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern.

**5.2** Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Bst. a) und soweit die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Bst. b). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Dabei ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbsleben zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Art. 8 Abs. 3 Bst. b IVG). Die Massnahmen beruflicher Art umfassen Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Arbeitsversuch, Einarbeitungszuschuss, Entschädigung für Beitragserhöhungen und Kapitalhilfe (Art. 15 ff. IVG in der ab 1. Januar 2012 geltenden Fassung). Die Eingliederungsmassnahmen werden in der Schweiz, ausnahmsweise auch im Ausland, gewährt (Art. 9 Abs. 1 IVG). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entsteht frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (Art. 9 Abs. 2 IVG).

**5.3** Nach dem FZA, Anhang II (in der Fassung gemäss Art. 1 des Beschlusses Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31. März 2012, in Kraft

seit 1. April 2012 [AS 2012 2345]), Abschnitt A, Ziff. 1, Bst. i, Ziff. 8, gilt ein Arbeitnehmer oder Selbstständiger, der den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung nicht mehr unterliegt, weil er seine existenzsichernde Erwerbstätigkeit in der Schweiz infolge Unfalls oder Krankheit aufgeben musste, als in dieser Versicherung versichert für den Erwerb des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen bis zur Zahlung einer Invalidenrente und während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern er keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnimmt. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist der Bezug von Arbeitslosengeldern im Wohnland der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz gleichgestellt (BGE 132 V 53 E. 6.6). Die im Anhang II FZA hinsichtlich Eingliederungsmassnahmen vorgesehene Verlängerung der Versicherung endet spätestens im Zeitpunkt, in welchem der Fall durch Zusprechung einer Rente definitiv abgeschlossen wird, die Eingliederung erfolgreich durchgeführt wurde, eine Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufgenommen wird oder Arbeitslosengelder im Wohnland bezogen werden (BGE 132 V 244 E. 6.4.1; vgl. auch Randziffer 1011.2 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV [KSBIL; gültig ab 1. Juni 2002; Stand am 1. Januar 2015]).

**5.4** Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht 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. Der Rentenanspruch entsteht 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 (Art. 29 Abs. 1 IVG).

**5.5** Der Invaliditätsgrad einer erwerbstätigen versicherten Person wird im Rahmen eines Einkommensvergleichs ermittelt (allgemeine Methode; Art.

16 ATSG). Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4.2; BGE 128 V 29 E. 1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4). Für die Ermittlung des Einkommens, welches der Versicherte ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was er im fraglichen Zeitpunkt nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein gültigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 E. 5b, BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen) als Gesunder tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Grundsatz müssen ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen sein, damit sie berücksichtigt werden können. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen nach Eintritt der Invalidität mehr gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder zumindest keine zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind nach der Rechtsprechung die gesamtschweizerischen Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen (BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Massgebend sind dabei die monatlichen Bruttolöhne (Zentralwerte) im jeweiligen Wirtschaftssektor. Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb).

## **6.**

Zu den im Rahmen der Untersuchungspflicht erforderlichen Abklärungen bezüglich der Anspruchsberechtigung auf eine Invalidenrente ist Folgendes anzufügen:

**6.1** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können. Es sind somit nicht nur die Erwerbsmöglichkeiten im angestammten Beruf, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.). Bei der Bemessung der Invalidität ist auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen der funktionellen Behinderung abzustellen, welche nicht zwingend mit dem vom Arzt festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung übereinstimmen müssen (BGE 125 V 256 E. 4; BGE 115 V 133 E. 2; BGE 110 V 275 E. 4a).

**6.2** Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a).

**6.3** Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Be-

richt 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des EVG 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).

## 7.

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und Rentenleistungen. Zum medizinischen Sachverhalt und zur gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lässt sich aufgrund der Akten Folgendes konstatieren:

**7.1** Im Gutachten der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt vom 28. Juni 2013 hielt der Psychiater Dr. D.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen fest, seit sechs Jahren sei eine HIV-Infektion bekannt. Trotz der Erkrankung habe der Beschwerdeführer bis zur Kündigung gut arbeiten können. Nach dem Stellenverlust habe er sich zurückgezogen und Ängste und Unsicherheiten entwickelt. Er meide Menschen und leide unter Schlafstörungen. Er gehe einmal im Monat zur Psychiaterin Dr. K.\_\_\_\_\_. Die Symptomatik entspreche einer Anpassungsstörung mit einer gemischten, ängstlich-depressiven Reaktion. In der Untersuchung sei eine leichte Aggravationstendenz zu beobachten gewesen. Bislang sei in Bezug auf Schlafstörung, Angst und Depression keine psychiatrische Medikation verordnet worden. Eine adäquate Medikation sei trotz erhöhter Leberwerte möglich. Durch eine konsequente Behandlung mittels Medikamenten lasse sich das psychiatrische Zustandsbild innerhalb von drei bis vier Monaten deutlich verbessern. Der Beschwerdeführer sei daher weiterhin als arbeitsfähig zu betrachten (SVA act. 39, Seiten 2, 3).

**7.2** Im Gesamtgutachten der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt vom 6. August 2013 hielt der Allgemeinmediziner Dr. E.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen fest, im psychiatrischen Gutachten (von Dr. D.\_\_\_\_\_; SVA act. 39) sei keine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert worden, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würde. Neben der psychischen Symptomatik seien Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine angegeben worden. In der MRT-Untersuchung der Lenden- und Halswirbelsäule (vom

3. Juni 2013; SVA act. 26) seien ein links-mediolateraler Diskusprolaps L4/5 mit Dorsalverlagerung der linken Nervenwurzel L5 sowie ein Diskusprolaps C5/6 mit Impression des Myelons festgestellt worden. Klinisch hätten sich weder an den Armen noch an den Beinen Hinweise auf peripher-neurologische Defizite gezeigt. Leichte und mittelschwere Tätigkeiten seien bei Vermeidung von schweren und überwiegend mittelschweren Hebe- und Trageleistungen zumutbar. Zwangshaltungen könnten nur fallweise zugemutet werden. Prophylaktisch auszunehmen seien Nachtarbeit und besonderer Zeitdruck (SVA act. 29, Seiten 3, 4).

**7.3** Der Neurologe und Psychiater Dr. B.\_\_\_\_\_ hielt nach Anamnese-erhebung und klinischer sowie elektrophysiologischer Untersuchung im Gutachten vom 7. November 2013 fest, der Beschwerdeführer sei 2008 infolge eines Bandscheibenvorfalles L4/5 in stationärer Spitalpflege gewesen. Wegen massiver Schmerzen sei er vorübergehend auf einen Rollstuhl angewiesen gewesen. Es bestehe ein Zustand nach Meniskusoperationen an beiden Knien. Er habe aktuell häufig Schmerzen im Rücken mit Ausstrahlung in beide Beine bis in alle Zehen. Zudem habe er Schmerzen im Nackenbereich mit Ausstrahlung bis in alle Finger. Wenn er nur zehn Minuten lang gehe, würden ihm Füsse, Finger und Arme einschlafen, was mit einem Kribbeln in den Extremitäten einhergehe. Diese Missempfindungen würden nur bei körperlicher Belastung und nie in Ruhe auftreten. Beim Treppensteigen und sonstigen körperlichen Belastungen würde er sehr schnell müde werden. Infolge einer Verletzung bei einem Fahrradunfall mit zwölf Jahren habe er immer wieder für einige Minuten Schwellungen am Unterarm. Die Kraft in den Extremitäten sei nicht wesentlich beeinträchtigt. Oft leide er unter Kopfschmerzen, Schwindel, Schweissausbrüchen und Entzündungen im Mundbereich. Weiter leide er an Ein- und Durchschlafstörungen, Appetitlosigkeit, Durchfall, Blasenschwäche, Magenbeschwerden und Mundtrockenheit (unpaginierte Fremdakten, Gutachten B.\_\_\_\_\_, Seiten 1, 2, 3). Unter Depressionen leide er etwa seit zehn Monaten. Er fühle sich lustlos, antriebslos, unruhig und ermüdbar. Die HIV-Erkrankung habe er akzeptiert. Er achte auf die pünktliche Einnahme der Medikamente. Dr. B.\_\_\_\_\_ beschrieb den psychischen Status zum Untersuchungszeitpunkt als wach und orientiert. Die Stimmung sei mässiggradig depressiv gefärbt gewesen, bei einer mässigen Affektverflachung. Im Gespräch hätten sich keine Hinweise für eine relevante Störung von Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration finden lassen. Auch subjektiv seien Konzentration und Gedächtnis nicht beeinträchtigt. Der Gedankenduktus sei formal intakt gewesen. Mnestiche Defizite und inhaltliche Denkstörungen wurden verneint (Fremdakten, Gutachten B.\_\_\_\_\_, Seite 7). Dr.

B.\_\_\_\_\_ diagnostizierte eine depressive Episode in mässiggradiger Ausprägung, eine demyelinisierende Polyneuropathie bei HIV-Erkrankung und einen Spannungskopfschmerz (Fremdakten, Gutachten B.\_\_\_\_\_, Seite 9).

**7.4** Der Internist Dr. G.\_\_\_\_\_ hielt nach eingehender Untersuchung im Gutachten vom 8. Oktober 2013 unter anderem fest, die Ergometrie habe wegen einer Beinschwäche abgebrochen werden müssen. Es bestehe eine deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit von 54 % (Fremdakten, Gutachten G.\_\_\_\_\_, Seiten 2, 4). Dr. G.\_\_\_\_\_ diagnostizierte eine medikamentös kontrollierte HIV-Infektion, einen behandlungsbedürftigen Bluthochdruck, eine Blutfetterhöhung, eine prämatüre Arteriosklerose, ein chronisches Wirbelsäulenschmerzsyndrom und eine depressive Störung (Fremdakten, Gutachten G.\_\_\_\_\_, Seite 6).

**7.5** Der Orthopäde Dr. H.\_\_\_\_\_ hielt nach persönlicher Untersuchung und Auswertung diverser Röntgenbilder im Gutachten vom 5. Dezember 2013 fest, der Beschwerdeführer habe 1975 einen Fahrradunfall mit kompletter Hautweichteilverletzung am rechten, ellenbogennahen Unterarm erlitten. Es bestehe ein Zustand nach zweimaliger Arthroskopie am rechten Knie (zuletzt 2009) und nach einmaliger Arthroskopie am linken Knie (2010). Seit vielen Jahren würden Schmerzen im Bereich der Lenden- und Halswirbelsäule bestehen. Bis dato sei keine fachärztliche Konsultation durch einen Orthopäden erfolgt. Der Beschwerdeführer schildere eine deutliche Einschränkung durch die Beschwerden. Er könne vielleicht fünfzehn bis zwanzig Minuten spazieren gehen, dann entwickle er zu starke Schmerzen im Bereich der Knie und Beine. Sitzen könne er ein bis zwei Stunden, ehe er Rückenschmerzen entwickle. Stehen sei schon nach wenigen Minuten ein Problem wegen zunehmender Rückenschmerzen (Fremdakten, Gutachten H.\_\_\_\_\_, Seiten 1, 2). Als Untersuchungsbe- fund vermerkte Dr. H.\_\_\_\_\_ unter anderem unauffällige Ellenbogenge- lenke und eine bogenförmige, reizlose Narbe am rechten Unterarm. So- wohl das rechte als auch das linke Kniegelenk wurden als bandstabil und ohne Erguss beschrieben. Das linke Kniegelenk zeigte im Vergleich mit dem rechten eine deutlichere Schmerzempfindlichkeit. Zudem wurden die vorliegenden Röntgenbilder von Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule aus- gewertet (Fremdakten, Gutachten H.\_\_\_\_\_, Seiten 3, 4). Dr. H.\_\_\_\_\_ diagnostizierte wiederholte Halswirbelsäulenschmerzen bei Bandschei- benvorfall C5/6, Lendenwirbelsäulenschmerzen bei mehrsegmentaler Ab- nützungerscheinung und einen Zustand nach zweimaliger Arthroskopie

am rechten Knie sowie einmaliger Arthroskopie am linken Knie bei geringen Abnützungserscheinungen auf beiden Seiten (Fremdakten, Gutachten H.\_\_\_\_\_, Seite 5).

**7.6** Auf der Grundlage der vorerwähnten fachärztlichen Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_\_ sowie seiner eigenen Expertise nahm der Orthopäde Dr. H.\_\_\_\_\_ im Gesamtgutachten vom 17. Dezember 2013, das er für das Landesgericht F.\_\_\_\_\_ als Arbeits- und Sozialgericht erstattete, zu den funktionellen Einschränkungen des Krankheitsbildes folgendermassen Stellung (Fremdakten, Gesamtgutachten, Seite 4):

**7.6.1** Aus neurologisch-psychiatrischer Sicht (vgl. auch Fremdakten, Gutachten B.\_\_\_\_\_, Seite 9) stehe eine depressive Verstimmung im Vordergrund. Antrieb, Konzentrationsleistung und Initiative seien beeinträchtigt. Der Tag-Nacht-Rhythmus sei gestört. Bei der Polyneuropathie handle es sich um eine Funktionsstörung der peripheren Nerven. Die Polyneuropathie sei bei HIV-Erkrankungen häufig zu beobachten. Sie verursache eine latente Gleichgewichtsstörung und Kribbelmissempfindungen in den Extremitäten. Das feinmanipulative Geschick der Hände sei herabgesetzt. Neurologische Funktionsstörungen im Sinne von Lähmungen würden indes nicht bestehen. Durch die Spannungskopfschmerzen würden keine neurologischen Ausfälle bestehen.

**7.6.2** Aus internistischer Sicht (vgl. auch Fremdakten, Gutachten G.\_\_\_\_\_, Seite 6) würden die medikamentös kontrollierte HIV-Erkrankung und der neu entdeckte, medikamentös behandlungsbedürftige Bluthochdruck im Vordergrund stehen. Endorganschäden würden derzeit eine subklinische Arteriosklerose der Halsgefässe betreffen, wobei hier sicherlich der ausgeprägte Nikotinkonsum die Hauptrolle spiele. Die Blutfette seien medikamentös nur unzureichend gesenkt, weshalb eine Therapieumstellung notwendig sei. Das Infarkt- und Schlaganfallrisiko sei erhöht. Hinweise auf eine relevante koronare Herzerkrankung seien in der Untersuchung nicht aufgefallen. Ein Nikotinverzicht sei dringend zu empfehlen. Insgesamt vordergründig seien das ausgeprägte chronische Wirbelsäulenschmerzsyndrom und die deutlich depressive Stimmungslage verbunden mit Adynamie und allgemeiner Abgeschlagenheit.

**7.6.3** Aus orthopädischer Sicht (vgl. auch Fremdakten, Gutachten H.\_\_\_\_\_, Seite 7) würden Einschränkungen bezüglich der Gesamtbelastbarkeit und bezüglich der zumutbaren Arbeitshaltungen bestehen.

**7.7** Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. H.\_\_\_\_\_ - wiederum gestützt auf die entsprechenden Angaben in den vorerwähnten Teilgutachten (Fremdakten, Gutachten B.\_\_\_\_\_, Seiten 9, 10, Gutachten G.\_\_\_\_\_, Seiten 6, 7, Gutachten H.\_\_\_\_\_, Seiten 7, 8) - Folgendes aus (Fremdakten, Gesamtgutachten, Seite 5):

**7.7.1** Schwere Arbeiten seien nicht zumutbar. Mittelschwere Arbeiten seien fallweise (zu 20 % der Arbeitszeit) zumutbar. Leichte Arbeiten seien zumutbar. Es sollten überwiegend sitzende Arbeiten verrichtet werden. Gehende Arbeiten seien über eine halbe Stunde am Stück zumutbar. Stehende Arbeiten seien nur über wenige Minuten zumutbar. Nach zwei Stunden sitzender Tätigkeit sollte während zehn Minuten ein Wechsel der Arbeitshaltung erfolgen. Die Arbeiten sollten vornehmlich in geschlossenen Räumen verrichtet werden. Es sei ein tägliches Pensum von acht Stunden ohne längere als die üblichen Unterbrechungen möglich. Es gebe keine Beschränkung des Anmarschweges zur Arbeitsstätte. Die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel und Tages- oder Wochenpendeln seien zumutbar. Eine Wohnsitzverlegung sei wegen der regelmässigen HIV-Kontrollen nicht sinnvoll.

**7.7.2** Zu vermeiden seien Nacharbeit, besonderer Zeitdruck, hoher psychischer Druck, sehr häufiger Kundenkontakt, Arbeitstätigkeiten mit besonders hohen Anforderungen an Aufmerksamkeit und Konzentration, der Aufenthalt auf Leitern, Gerüsten oder sonstigen gefährlichen Positionen (wegen der Gleichgewichtsstörung), besonders feinmanipulative Handarbeiten, hohe Lärmbelastung, die Exposition gegenüber Kälte und Nässe über einen Zeitraum von mehr als 30 Minuten, das Heben und Tragen von (mittel-)schweren Lasten, häufiges Bücken (mindestens einmal pro Minute unter Tischkantenniveau), häufiges Treppensteigen, Überkopfarbeiten sowie Arbeiten im Knien und Hocken (vgl. auch Fremdakten, Gutachten H.\_\_\_\_\_, Seite 7).

**7.8** Zur Besserungsfähigkeit des Gesundheitsschadens führte Dr. H.\_\_\_\_\_ - auch wieder gestützt auf die entsprechenden Angaben in den vorerwähnten Teilgutachten - Folgendes aus (Fremdakten, Gesamtgutachten, Seite 6):

**7.8.1** Aus neurologisch-psychiatrischer Sicht (vgl. auch Fremdakten, Gutachten B.\_\_\_\_\_, Seite 10) sei der Gesundheitszustand besserungsfähig. Durch eine Änderung der psychopharmakologischen Therapie (Erhö-

hung der sehr niedrig dosierten Antidepressivatherapie) und die Fortsetzung der psychotherapeutischen Begleitung könne die depressive Störung innerhalb eines halben Jahres soweit gebessert werden, dass dann auch wieder überwiegend mittelschwere Arbeiten, Arbeiten mit hohen Anforderungen an Aufmerksamkeit und Konzentration und sehr häufiger Kundenkontakt möglich wären. Auch seien dann keine Krankenstände mehr zu erwarten.

**7.8.2** Aus internistischer Sicht (vgl. auch Fremdakten, Gutachten G.\_\_\_\_\_, Seite 7) werde sich der Gesundheitszustand nicht bessern. Die erfolgreiche Behandlung des Bluthochdrucks sei bei der Leistungseinschränkung bereits berücksichtigt worden.

**7.8.3** Aus orthopädischer Sicht (vgl. auch Fremdakten, Gutachten H.\_\_\_\_\_, Seite 8) könne der Gesundheitszustand durch eine konsequente physiotherapeutische Behandlung dahingehend gebessert werden, dass dann auch mittelschwere Arbeiten ganztägig zumutbar seien. Bei konsequenter Therapie und Kooperation sei eine Besserung in 12 bis 16 Wochen zu erwarten. In diesem Zeitraum könne durch die Injektion von Cortison und anderen Präparaten die Knorpelsituation der Kniegelenke dahingehend gebessert werden, dass dann auch die Einschränkung beim Treppensteigen, Knien und Hocken weg falle.

**7.9** Das Gesamtgutachten des Orthopäden Dr. H.\_\_\_\_\_ ist für die streitigen Belange umfassend. Es beruht auf den allseitigen neurologisch-psychiatrischen Untersuchung von Dr. B.\_\_\_\_\_, den allseitigen internistischen Untersuchungen von Dr. G.\_\_\_\_\_ und den allseitigen orthopädischen Untersuchungen, die Dr. H.\_\_\_\_\_ selbst durchführte. Die entsprechenden Teilgutachten und mithin auch das Gesamtgutachten berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und leuchten in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten sind begründet und nachvollziehbar. Die Teilgutachten und das Gesamtgutachten entsprechen den Anforderungen der Rechtsprechung an eine ärztliche Expertise (BGE 125 V 352 E. 3a), weshalb ihm volle Beweiskraft zuzuerkennen ist (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Die Tatsache, dass der Orthopäde Dr. H.\_\_\_\_\_ das Gesamtgutachten verfasst hat, ist nicht zu beanstanden, nachdem er sich für die fachfremden Anteile am Beschwerdebild auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_\_ und das internistische Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_ abstützen konnte.

Insbesondere trifft nicht zu, dass Dr. H. \_\_\_\_\_ zu neurologisch-psychiatrischen und internistischen Fragen Stellung genommen hat, die er als Orthopäde nicht schlüssig beantworten könnte. Ebenso kann Dr. E. \_\_\_\_\_ nicht vorgeworfen werden, er habe sich zur psychiatrischen Erkrankung geäußert, nachdem er sich hierfür am Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_\_ orientierte. Anzumerken ist, dass das im Gesamtgutachten von Dr. H. \_\_\_\_\_ aufgezeigte Leistungskalkül mit den Feststellungen im Gesamtgutachten von Allgemeinmediziner Dr. E. \_\_\_\_\_ (SVA act. 29) und im Gutachten von Psychiater Dr. D. \_\_\_\_\_ (SVA act. 39), die ihrerseits ebenfalls beweiskräftig sind, vereinbar ist. Das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers ist in beiden Gesamtgutachten (von Dr. H. \_\_\_\_\_ und Dr. E. \_\_\_\_\_) im Wesentlichen übereinstimmend beschrieben worden, was vom Bundesverwaltungsgericht entsprechend zu würdigen ist.

## **8.**

Zu den Einwänden des Beschwerdeführers und den im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen (BVGer act. 6, 13) ist Folgendes festzuhalten:

**8.1** Zum psychischen Gesundheitszustand wurden diverse Berichte - insbesondere von der behandelnden Psychiaterin Dr. K. \_\_\_\_\_ (BVGer act. 6) - eingereicht.

**8.1.1** Dr. K. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 27. April 2013 (BVGer act. 6) im Wesentlichen fest, der Beschwerdeführer habe ihr berichtet, er sei eigentlich schon seit längerer Zeit (seit der Jugend) depressiv und krank. In letzter Zeit habe sich sein psychisches Wohlbefinden im Rahmen der exogenen Belastungsfaktoren mit Kündigung am Arbeitsplatz verschlechtert. Er berichte eine mittelgradige bis schwer depressive Symptomatik, die im Winter bedeutend schlimmer sei. Es falle zwar eine Verlangsamung, jedoch keine intellektuelle Minderbegabung auf. Auf Wunsch des Beschwerdeführers werde vorerst keine Psychopharmakotherapie verschrieben.

**8.1.2** Im Bericht vom 18. Juli 2013 (BVGer act. 6) hielt Dr. K. \_\_\_\_\_ als Psychostatus fest, der Beschwerdeführer sei wach und allseits orientiert. Konzentration und Merkfähigkeit seien intakt. Der Gedankenduktus sei verlangsamt. Inhaltliche Denkstörungen seien nicht feststellbar. Der Affekt sei flach und der Antrieb reduziert. Die Befindlichkeit sei depressiv. Er habe am Morgen Mühe in die Gänge zu kommen und fühle sich ständig müde und erschöpft. Eine hirnorganische Erklärung für das Beschwerdebild habe mittels MRT und EEG ausgeschlossen werden können.

**8.1.3** Im Bericht vom 28. September 2013 (BVGer act. 6) diagnostizierte Dr. K. \_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Erkrankung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode und ein Fatiguesyndrom. Differenzialdiagnostisch nannte sie eine organisch-depressive Störung bei HIV-Erkrankung oder Lues-Erkrankung. Sie hielt im Wesentlichen fest, aus Angst vor Interaktionen mit der HIV-Medikation und den Nebenwirkungen habe der Beschwerdeführer eine Psychopharmakotherapie (zunächst) abgelehnt. Im weiteren Verlauf habe er seine diesbezügliche Haltung geändert. Unter der Psychopharmakotherapie und den flankierenden psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Massnahmen sei es zu einer leichten Besserung der depressiven Symptomatik auf ein mittelgradiges Niveau gekommen. Die im April 2013 begonnene Behandlung sei noch nicht abgeschlossen und werde noch einige Zeit in Anspruch nehmen. Derzeit bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit.

**8.1.4** Im Bericht vom 1. Februar 2014 (BVGer act. 6) hielt Dr. K. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen fest, der Gesundheitszustand sei stationär und habe sich aktuell wieder verschlechtert. Die Depression habe sicher einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Mit Bezug auf die (nicht umschriebene) derzeitige Tätigkeit bestehe wegen der reduzierten Stimmungslage und den ausgeprägten Konzentrations- und Merkfähigkeitsproblemen eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dr. K. \_\_\_\_\_ enthielt sich einer weiteren Prognose mit dem Hinweis, sie sei nicht gutachterlich tätig.

**8.1.5** Im Bericht vom 12. September 2014 (BVGer act. 6) hielt Dr. K. \_\_\_\_\_ als Reaktion auf die Stellungnahme der SVA C. \_\_\_\_\_ vom 14. August 2014 (BVGer act. 3, Beilage) im Wesentlichen fest, sie habe in ihren Berichten mit dem Fatiguesyndrom und der differenzialdiagnostisch in Betracht kommenden organisch-depressiven Störung (bei HIV-Erkrankung) auch nicht psychosoziale Komponenten des Krankheitsbildes genannt. Weiter seien neben der Arbeitslosigkeit auch vorbestehende, belastende biographische Faktoren gegeben. Eine mittelgradige depressive Episode sei bei einer HIV-Erkrankung nicht unbedingt gut und einfach therapierbar, da die medikamentösen Optionen in diesem Fall eingeschränkt seien. Das Problem bestehe nicht nur darin, eine leberschonende antidepressive Therapie zu finden; denn die HIV-Medikation könne möglicherweise über eine Interaktion mit der Psychopharmakotherapie ihre Wirkung einbüßen, was gegebenenfalls zum Ausbruch der HIV-Erkrankung führen könne. Die antidepressive Therapie werde daher immer mit der HIV-Ambulanz abgesprochen.

**8.2** Obwohl eine mittelgradige depressive Episode gemäss ICD 10 ein erhebliches Leiden darstellt, hat das Bundesgericht wiederholt erkannt, dass leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Es kann auf das Urteil des Bundesgerichts 9C\_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1 mit Hinweis auf die Urteile 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.4, 9C\_696/2012 vom 19. Juni 2013 E. 4.3.2.1, 9C\_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C\_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013 verwiesen werden. Weshalb es sich im vorliegenden Fall anders verhalten sollte, ist nicht ersichtlich, zumal Dr. D.\_\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_\_ in den fachärztlichen Gutachten therapeutische Massnahmen aufgezeigt haben, mittels derer der psychische Gesundheitszustand noch wesentlich gebessert werden kann. Die empfohlene psychiatrische Medikation ist gemäss Dr. D.\_\_\_\_\_ trotz den erhöhten Leberwerten möglich, wobei diese Einschätzung in Kenntnis der im Oktober 2006 erstmals diagnostizierten HIV-Infektion abgegeben wurde, die ebenfalls medikamentös kontrolliert werden muss. Nach seiner gutachterlichen Stellungnahme existieren gut bewährte Medikamente (SVA act. 39, Seite 3). Auch Dr. B.\_\_\_\_\_ empfahl im Wissen um die HIV-Infektion eine höher dosierte Antidepressivatherapie als (beispielhafte) Massnahme zur Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands (Fremdakten, Gutachten B.\_\_\_\_\_, Seite 10). Deshalb ist davon auszugehen, dass die Psychopharmakotherapie trotz der von Dr. K.\_\_\_\_\_ erwähnten Interaktionsgefahr mit der HIV-Medikation (in Absprache und unter Kontrolle der HIV-Ambulanz) noch verbessert werden kann.

**8.3** Der Beschwerdeführer ist im Zusammenhang mit der antidepressiven Medikation auf die Schadenminderungspflicht hinzuweisen. Je nach den Umständen greift die Schadenminderungspflicht in die verschiedensten Lebensbereiche ein, wobei jedoch von den Versicherten nur solche Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht sind zulässigerweise dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung - namentlich bei Rentenleistungen - in Frage steht (BGE 113 V 22 E. 4a - e; SVR 2007 IV Nr. 34 S. 121 E. 3.1 in fine). Bei psychischen Beschwerden umfasst die Schadenminderungspflicht auch eine entsprechende Medikation und Psychotherapie (Urteil des EVG I 405/05 vom 13. März 2006 E. 4.2.2). Soweit eine geeignete Psychopharmakotherapie die

Wirkung der HIV-Medikation nicht beeinträchtigt, ist diese als zumutbar zu erachten.

**8.4** Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist weiter nicht von entscheidender Bedeutung, ob fachärztlicherseits bloss eine depressive Episode oder eine anhaltende mittelschwere depressive Störung diagnostiziert wird, da sich eine depressive Episode von einer depressiven Störung hauptsächlich hinsichtlich ihrer Dauer, nicht aber bezüglich der Schwere der Erkrankung, unterscheidet (Urteil des BGer 9C\_902/2012 vom 17. Juli 2013 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 138/06 vom 21. Dezember 2006). Insofern ist der Hinweis des Beschwerdeführers auf früher durchgemachte depressive Episoden unbehelflich.

**8.5** Wie die SVA C. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 14. August 2014 (BVGer act. 3, Beilage) zu Recht einwendet, ist das psychiatrische Beschwerdebild, wenn auch (in Anbetracht der weiteren Faktoren wie namentlich Scheidung, HIV-Infektion und andere körperliche Beschwerden) nicht monokausal, so doch weitgehend durch den Verlust der Arbeitsstelle und damit durch einen psychosozialen Umstand geprägt. Der Zusammenhang mit der (im November 2012 ausgesprochenen) Kündigung wird nicht nur von den Gutachtern, sondern auch vom Beschwerdeführer selber mehrfach hergestellt (Fremdakten, Gutachten B. \_\_\_\_\_, Seiten 2, 7; SVA act. 29, Seiten 2, 3). Gemäss eigenen Angaben war der Beschwerdeführer bis zu seiner Kündigung (psychisch) beschwerdefrei. Die Arbeitsmotivation und Leistung bezeichnete er bis dahin explizit als gut (SVA act. 39, Seiten 2, 3). Auch im Rahmen einer Sozialberatung berichtete der Beschwerdeführer, seine Krankheit würde zu grossen Teilen mit der Kündigung und der (nicht umschriebenen) Situation am Arbeitsplatz in Verbindung stehen. Er sei durch die Kündigung in ein Loch gefallen und könne diese Situation nur schwer bewältigen. Die Umgebung am Arbeitsplatz habe ihn krank gemacht. Eine Rückkehr sei ausgeschlossen (Fremdakten, Assessment, Seite 2). Die depressive Symptomatik wird vom Psychiater Dr. D. \_\_\_\_\_ vor diesem Hintergrund nachvollziehbar als Reaktion auf die Arbeitslosigkeit beschrieben. Soweit die depressive Symptomatik in der Stellenlosigkeit ihre hinreichende Erklärung findet und in dieser aufgeht, kann rechtssprechungsgemäss von vornherein kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliegen (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des BGer 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

**8.6** Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativexpertise - wie sie Dr. D.\_\_\_\_\_ verfasst hat - oder eine Gerichtsexpertise - wie sie Dr. B.\_\_\_\_\_ verfasst hat - stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen dann, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteil des BGer 8C\_694/2008 E. 5.1 und Urteil des EVG I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Dies ist vorliegend jedoch nicht der Fall. Die fachärztlichen Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_\_ erweisen sich auch unter Berücksichtigung der Berichte der behandelnden Psychiater Dr. J.\_\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_\_ (BVGer act. 6) und zum stationären Aufenthalt in einem Zentrum für psychosoziale Gesundheit (BVGer act. 13) als umfassend und schlüssig. Die im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen vermögen daher keine Zweifel an der in zwei fachärztlichen Gesamtgutachten nachvollziehbar postulierten (limitierten) Arbeitsfähigkeit zu begründen.

**8.7** Im Übrigen wurde das gutachterlich ermittelte Leistungskalkül nicht zuletzt von der RAD-Ärztin Dr. I.\_\_\_\_\_ aufgrund der Akten dreifach plausibilisiert (SVA act. 68, Seite 3; SVA act. 75, 83). Im Beschwerdeverfahren hat der RAD-Psychiater Dr. L.\_\_\_\_\_ in Kenntnis der eingereichten medizinischen Unterlagen mit ausführlicher Stellungnahme vom 16. April 2015 (BVGer act. 15, Beilage) nachvollziehbar erläutert, weshalb weiterhin auf das gutachterlich ermittelte Leistungskalkül, wie es vorstehend wiedergegeben worden ist, abgestellt werden kann. Die Stellungnahme des RAD wurde dem Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren zur Kenntnis gebracht (BVGer act. 16), worauf dieser auf Schlussbemerkungen verzichtet hat (BVGer act. 18). Zu ergänzen bleibt lediglich, dass die Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für

den behandelnden Spezialarzt (Urteil des EVG 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). Aus diesem Grund ist eine schlüssige gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Beweiswürdigung in der Regel vorzuziehen.

**8.8** Nach dem Gesagten sprechen keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der vier fachärztlichen Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_, Dr. B.\_\_\_\_\_, Dr. G.\_\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_\_ und die beiden Gesamtgutachten von Dr. E.\_\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_\_. Beim sinngemässen Einwand des Beschwerdeführers, wonach er durch seinen Gesundheitsschaden in der Arbeitsfähigkeit wesentlich stärker eingeschränkt sei, als es von der Vorinstanz eingestanden werde, handelt es sich um eine unbewiesen gebliebene Parteibehauptung. Die Gutachter haben aus neurologisch-psychiatrischer Sicht und aus orthopädischer Sicht dargelegt, dass mittels einer Änderung der psychopharmakologischen Therapie und einer konsequenten physiotherapeutischen Behandlung der Gesundheitszustand noch gebessert werden kann. Die thematisierten Therapieoptionen sind dem Beschwerdeführer im Rahmen der Schadenminderungsobliegenheit zumutbar. Da die von ihm vorgelegten Beweismittel im Rahmen der freien Beweiswürdigung nicht als massgeblich zu erachten sind, fällt der Entscheid zu Ungunsten des beweisbelasteten Beschwerdeführers aus, da er aus einer rechtserheblichen und anspruchsbegründenden Tatsache Rechte ableiten wollte. Von weiteren medizinischen Nachforschungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Daher ist in antizipierter Beweiswürdigung auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (vgl. UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212 Rz. 450; ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Aufl., Zürich 1998, Rz. 111 und 320; GYGI, a.a.O., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 464 E. 4a, BGE 122 III 219 E. 3c, BGE 120 1b 224E. 2b, BGE 119 V 335 E. 3c mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer hat mithin als voll arbeitsfähig für leidensadaptierte Tätigkeiten zu gelten, die dem gutachterlichen Leistungskalkül entsprechen. Im Ergebnis ist die psychotherapeutisch und psychopharmakologisch besserungsfähige, weitgehend auf psychosoziale Faktoren zurückzuführende, mittelgradige depressive Episode in Übereinstimmung mit den beweiskräftigen Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_\_ nicht als Grund für ein vermindertes Leistungsvermögen zu anerkennen, auch nicht im Umfang einer schwankenden Arbeitsunfähigkeit von höchstens 20 %, wie dies der RAD-Psychiater Dr. L.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 16. April 2015 erwogen hat (BVGer act. 15, Beilage).

## 9.

Zur erwerblichen Auswirkung des Gesundheitsschadens ist Folgendes festzuhalten:

**9.1** Die Vorinstanz legte der angefochtenen Verfügung sinngemäss die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Kunststoffverarbeiter zugrunde. Ob diese Annahme zutrifft, ist indessen nicht zweifelsfrei erstellt. Tatsache ist, dass die Kündigung der Stelle als Kunststoffverarbeiter nach den Angaben des Arbeitgebers wegen einer Arbeitsunfähigkeit erfolgte (SVA act. 30, Seite 2), womit gesundheitliche Gründe gemeint sein dürften. An anderer Stelle werden indes verschiedentlich auch wirtschaftliche Motive erwähnt (SVA act. 39, Seite 2; Fremdakten, Gutachten B.\_\_\_\_\_, Seite 3; Fremdakten, Assessment, Seite 3). Fraglich ist insbesondere, ob das Anforderungsprofil der letzten Arbeitsstelle mit der orthopädisch bedingten Belastungs- und Haltungseinschränkung vereinbar war, welche namentlich aus den wiederholten Hals- und Lendenwirbelsäulenschmerzen resultieren (Fremdakten, Gutachten H.\_\_\_\_\_, Seiten 5, 7; Fremdakten, Gesamtgutachten, Seiten 3, 4). Eine ärztliche Stellungnahme zu dieser Frage fehlt ebenso wie eine genauere Umschreibung der angestammten Tätigkeit als Kunststoffverarbeiter (SVA act. 70, Seite 2).

**9.2** Der Frage nach der weiteren Zumutbarkeit der angestammten Tätigkeit kommt für die Beurteilung des Rentenanspruchs jedoch nicht ausschlaggebendes Gewicht zu. Gemäss Angaben des Arbeitgebers hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2013 im Gesundheitsfall ein Valideneinkommen von Fr. 64'350.- erzielt (SVA act. 30, Seite 3), womit er im Vergleich zum entsprechenden LSE-Tabellenlohn von Fr. 67'443.10 (Herstellen von Kunststoffwaren; unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden und der Nominallohnentwicklung bis 2013) einen leicht unterdurchschnittlichen Verdienst erzielt hätte. Das auf der Grundlage der LSE 2012, privater Sektor, TA 1, Total, Anforderungsniveau 1, Männer, zu bestimmende Invalideneinkommen 2013 beträgt unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden und der Nominallohnentwicklung bis 2013 Fr. 65'653.70. Damit steht fest, dass der Beschwerdeführer keine gesundheitlich bedingte Erwerbseinbusse erleidet. Ein Rentenanspruch ist bei fehlender Erwerbsunfähigkeit ausgeschlossen. Selbst wenn von einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von höchstens 20 % ausgegangen würde, würde bei einem gerundeten Invaliditätsgrad von 18 % ein Rentenanspruch weit verfehlt werden.

Nachdem keine Invalidität im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne besteht, fallen auch Eingliederungsmassnahmen ausser Betracht. Der Beschwerdeführer ist im Rahmen seiner (limitierten) Arbeitsfähigkeit und vor dem Hintergrund der Schadenminderungspflicht auf den Weg der Selbsteingliederung zu verweisen.

#### **10.**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sowohl der organische als auch der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im österreichischen Verfahren zum Anspruch auf Invaliditätspension und berufliche Rehabilitation (IVSTA act. 30; SVA act. 49) umfassend und für eine abschliessende Beurteilung im vorliegenden Verfahren rechtsgenügend abgeklärt wurde. Es liegen gesicherte Erkenntnisse und genügende fachärztliche Dokumente zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor. Der Beschwerdeführer hat mithin als voll arbeitsfähig in leidensadaptierten Tätigkeiten zu gelten, die dem gutachterlichen Leistungskalkül entsprechen. Nach dem Einkommensvergleich ist er durch den Gesundheitsschaden in seiner Erwerbsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Entsprechend besteht keine Invalidität im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne. Der Beschwerdeführer kann daher weder eine Invalidenrente noch Eingliederungsmassnahmen beanspruchen. Die angefochtene Verfügung (IVSTA act. 34; SVA act. 88) erweist sich nach den vorstehenden Erwägungen als rechtmässig. Die Beschwerde ist unbegründet und vollumfänglich abzuweisen. Die angefochtene Verfügung ist zu bestätigen.

**11.** Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und die Parteientschädigung.

**11.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da dem unterliegenden Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 8. Oktober 2014 die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde (BVGer act. 8), sind im vorliegenden Fall keine Verfahrenskosten zu erheben.

**11.2** Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die IV-Stelle

für Versicherte im Ausland hat als Bundesbehörde unabhängig vom Verfahrensausgang keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. \_\_\_\_\_; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

David Weiss

Lukas Schobinger

**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 Rechtschrift 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: