



Abteilung III  
C-1468/2016

## Urteil vom 15. März 2018

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),  
Richter Daniel Stufetti, Richterin Caroline Bissegger,  
Gerichtsschreiberin Susanne Flückiger.

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch lic. iur. Claudia Zumtaugwald,  
Rechtsanwältin,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

Gegenstand

IV Invalidenrente;  
Verfügung der IVSTA vom 3. Februar 2016.

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

A.\_\_\_\_\_, geboren am (...) 1962 (*nachfolgend*: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist Staatsangehöriger der Vereinigten Staaten von Amerika (*nachfolgend auch*: USA) und Pakistan (Beschwerdeakte [B-act.] 1 Bl. 5 und B-act. 9 Bl. 30.1 S. 1 und 3). Er ist zweimal geschieden. Er hat vier Kinder (geb. 1990, 1996, 1999, 2008). Er lebte von Januar 2000 bis März 2010 in der Schweiz und arbeitete als selbständiger Finanzmakler mit eigener Firma, dabei leistete er während 98 Monaten Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Akten der Vorinstanz [IV] 1.12, 18 f., 42, 68.2, 133.27 in fine). Im Rahmen eines heftig geführten Trennungs- und Scheidungsverfahrens mit seiner zweiten Ehefrau ab Januar 2009 (vgl. bspw. B-act. 4 Bl. 20.10 S. 2, B-act. 9 Bl. 26.1-3) wurde ihm am 4. März 2010 die Niederlassungsbewilligung entzogen, er wurde aus der Schweiz ausgewiesen und mit einem Einreiseverbot ab 5. März 2010, das mehrmals vorübergehend suspendiert und per 19. März 2012 wiedererwägungsweise aufgehoben wurde, belegt (vgl. IV 90, 133.5 E. 1.1; vgl. auch Urteil des BVGer C-2069/ 2010 vom 25. Februar 2011). In der Folge hielt er sich nach Kurzaufenthalten in Sri Lanka (IV 38), (... [Grossbritannien]) und in der Schweiz (stationäre psychiatrische Behandlung in der Privatklinik B.\_\_\_\_\_ vom 18. Juni – 14. September 2010) ab September 2010 hauptsächlich in der Ukraine auf (IV 18). Seit Ende 2016 weilte er in den USA (B-act. 16; s. auch hinten Bst. E.k).

**B.**

**B.a** Der Versicherte erlitt am 20. Juli 2001 bei einem Auffahrunfall als Beifahrer ein HWS-Distorsionstrauma. Die Unfallversicherung der C.\_\_\_\_\_ übernahm die Heilbehandlung. Ein weiterer Unfall am 2. Januar 2005, bei dem der Versicherte im anfahrenden Zug in Sri Lanka im Schlafwagen stürzte, führte zu Schmerzen im unteren Rückenbereich (IV 1.1-2, 1.15-16). Wegen den Folgen des Auffahrunfalls vom 20. Juli 2001 wurde der Versicherte im Mai/Juni 2003 und im Mai 2005 zweimal ausführlich in rheumatologisch-rehabilitatorischer, neurologischer und radiologischer Hinsicht begutachtet (IV 76.1-30, 76.31-37). Das erste Gutachten enthielt auch ein psychiatrisches Untergutachten vom 13. Januar 2004 (Untersuchungen vom 23.06.2003 und 18.07.2003; IV 76.14-18). Diagnostiziert wurden im Verlaufsgutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_, FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 18. Mai 2005 noch ein chronisches zervikovertebrales und zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit/bei

Status nach HWS-Distorsion (Heckaufprall am 20.07.2001), Kopfschmerzen (wahrscheinlich vom Spannungstyp), eine Irritation C2/3 rechts, eine flache Diskushernie C6/7 rechts ohne Neurokompression, regredient, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Aus somatischer Sicht ergab sich im damaligen Zeitpunkt keine Einschränkung mehr auf die Arbeitsfähigkeit (IV 76.31-37; vgl. auch 1.11-14).

**B.b** Im Rahmen einer unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeit, ob ein Rückfall des Unfalls vom 2. Januar 2005 vorliege, diagnostizierte die Orthopädin Dr. E.\_\_\_\_\_ in ihrem Gutachten vom 28. November 2011 zu Händen des Versicherten chronische Lumbalgien und Lumboischialgien mit/bei Status nach axialem Stauchungstrauma der LWS vom 1. (*recte*: 2.) Januar 2005 und führte aus, die lumbale Symptomatik bestehe seit diesem Unfall. Die Beschwerden vom September 2008 (vgl. IV 1.15-16, 6 - 9) seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf diesen Unfall zurückzuführen (IV 12). Der Explorand habe seit September 2010 die Arbeit als Makler zu 50 % in sitzender Tätigkeit wieder aufgenommen. Daraufhin führte Dr. F.\_\_\_\_\_, beratender Arzt der Unfallversicherung, am 5. Januar 2012 zu deren Händen aus, aus den Akten aus dem Jahr 2005 ergäben sich keine aktenspezifischen Hinweise zum LWS-Leiden. Die im September 2008 dokumentierten Befunde seien nicht überwiegend wahrscheinlich eine Unfallfolge. Das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_\_ sei weder vollständig, noch schlüssig, noch nachvollziehbar, zumal die Gutachterin offenbar keine Kenntnisse der HWS-Akten (inkl. Bericht vom 15. Februar 2005 zur stationären Rehabilitation, ohne Erwähnung des Unfalls vom 2. Januar 2005; IV 2) gehabt habe beziehungsweise diese nicht erwähne (IV 1.30 ff.). In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 20. Februar 2012 führte Dr. E.\_\_\_\_\_ aus, die Akten zum Unfall vom 20. Juli 2001 (HWS-Distorsion) seien bei der Begutachtung weder vorgelegt noch erwähnt worden (IV 14).

### **C.**

**C.a** Am 20. Dezember 2012 meldete sich der Versicherte – vertreten durch Rechtsanwältin Claudia Zumtaugwald, (...), – bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland an und beantragte eine Invalidenrente wegen einer seit 2004 latenten, seit Januar 2010 bestehenden, chronifizierten Depression (IV 18).

**C.b** Die Vorinstanz holte Stellungnahmen ihres ärztlichen Dienstes ein. Dr. G.\_\_\_\_\_, FMH für innere Medizin, zertifizierte RAD-Ärztin, stellte am 20. Juli 2013 gestützt auf die ihr vorgelegten Akten als Hauptdiagnose eine

schwere (zeitweise mittelschwere) depressive Episode, persistierend und chronifiziert, und eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit ab 18. Juni 2010 zu 100 %, ab Oktober 2010 zu 80 %, fest. Eine Tätigkeit über 20 % sei seit Ende 2010 nicht möglich. Es sei eine Revision in zwei Jahren durchzuführen, ein weiteres Gutachten sei nicht nötig (IV 44). Dr. H.\_\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom ärztlichen Dienst, führte in ihrer Stellungnahme vom 3. Oktober 2013 aus, die psychiatrische Beurteilung sei aufgrund der Ausführungen des Psychiaters Dr. I.\_\_\_\_\_, der Privatklinik B.\_\_\_\_\_ unklar, es gingen keine Angaben zum Psychostatus bei Ein- und Austritt des Spitalaufenthalts hervor (IV 54). Nach Ergänzung der Akten schloss Dr. H.\_\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung vom 8. April 2014 im Wesentlichen, es liege keine (schwere) Depression vor, jedoch bestünden schwere (nicht IV-relevante) psychosoziale Belastungsfaktoren. Der Versicherte sei voll arbeitsfähig (IV 79). Mit Vorbescheid vom 16. April 2014 stellte die IVSTA dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht, da keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege (IV 80).

**C.c** Mit Einwendungen vom 22. April und 27. Mai 2014, ergänzt am 30. Juni 2014, äusserte sich der Versicherte unter anderem in gesundheitlicher Hinsicht ausführlich zu seiner durch Dr. I.\_\_\_\_\_ weiter bescheinigten Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 80 %, reichte weitere Akten ein und nahm Stellung zu den Ausführungen des ärztlichen Dienstes (IV 81, 88, 90).

**C.d** In ihrer Stellungnahme vom 30. Juni 2014 zu den nachgereichten Akten riet Dr. H.\_\_\_\_\_, es sei ein bidisziplinäres Gutachten durch Dr. J.\_\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. K.\_\_\_\_\_, FMH für innere Medizin und Rheumaerkrankungen (infolge der am 31. Oktober 2011 veranlassten Begutachtung wegen lumbaler Rückenschmerzen [oben Bst. B.b]), einzuholen (IV 91). Nach Einholung des bidisziplinären Gutachtens der genannten Ärzte vom 26. Januar 2015 (IV 146-148) nahm Dr. H.\_\_\_\_\_ am 27. Februar 2015 nochmals Stellung (IV 152). Am 5. März 2015 führte der Rheumatologe Dr. L.\_\_\_\_\_ vom ärztlichen Dienst aus, es seien gestützt auf die Laborergebnisse anlässlich der Begutachtung die weiteren Abklärungen des behandelnden Arztes zu verfolgen sowie eine Beurteilung durch einen Hämato-Onkologen im Hinblick auf die Auswirkungen der festgestellten monoklonalen Gammopathie unklarer Signifikanz auf die Arbeitsfähigkeit einzuholen (IV 154). Die IVSTA holte in der Folge in der Schweiz und in der Ukraine umfangreiche weitere medizinische Akten ein (IV 162, 192 ff.). Nachdem Dr. M.\_\_\_\_\_, FMH Onkologie und Hämatologie, zertifizierte RAD-Expertin, am 6. Januar 2016

Stellung genommen und keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt hatte (IV 221), wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 3. Februar 2016 mit der Begründung ab, es liege keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vor. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei eine gewinnbringende Tätigkeit in rentenausschliessender Weise zumutbar. Es liege somit keine Invalidität vor, die einen Rentenanspruch zu begründen vermöge (IV 226).

#### **D.**

**D.a** Im Verwaltungsverfahren stellte der Versicherte – ebenfalls vertreten durch Rechtsanwältin Claudia Zumtaugwald – am 26. August 2013 einen Antrag auf unentgeltliche Verbeiständung (IV 48).

**D.b** Die IVSTA wies den Antrag mit Verfügung vom 20. November 2014 mit der Begründung ab, im vorliegenden Verfahren fehle die Notwendigkeit für eine unentgeltliche Verbeiständung (IV 136 f.).

**D.c** Die dagegen erhobene Beschwerde vom 8. Januar 2015 (IV 144) wies das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 11. Dezember 2016 ab, soweit es darauf eintrat (Verfahren C-112/2015). Das Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

#### **E.**

**E.a** Gegen die Abweisung des Leistungsbegehrens vom 3. Februar 2016 erhob der Beschwerdeführer – wiederum vertreten durch Rechtsanwältin Claudia Zumtaugwald – am 7. März 2016 (Poststempel) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte die Zusprache einer Invalidenrente sowie prozessual die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung mit anwaltlicher Verbeiständung. Er machte im Wesentlichen geltend, die Vorinstanz habe den Sachverhalt unrichtig und unvollständig festgestellt. Ausserdem werde auch die Unangemessenheit der Verfügung nach den Umständen des Einzelfalls angefochten, da der Entscheid nicht sachgerecht sei. Im Übrigen akzeptierte der Beschwerdeführer den Befund der Hämato-Onkologin Dr. M. \_\_\_\_\_ vom 6. Januar 2016 (B-act. 1). Am 7. April 2016 ergänzte er seine Beschwerde unaufgefordert (B-act. 4) und reichte am 27. April 2016 aufforderungsgemäss das Formular „Gesuch um unentgeltliche Prozessführung“ mit Beilagen ein (B-act. 6).

**E.b** In ihrer Vernehmlassung vom 17. Mai 2016 verwies die Vorinstanz auf die eingeholte Stellungnahme der Psychiaterin Dr. H.\_\_\_\_\_ vom ärztlichen Dienst vom 22. April 2016 und beantragte die Abweisung der Beschwerde (B-act. 7).

**E.c** Replikweise hielt der Beschwerdeführer am 21. Juni 2016 sinngemäss an seiner Beschwerde fest, verwies im Wesentlichen auf seine Beschwerdeergänzung vom 7. April 2016 und reichte umfangreiche Akten zur Plausibilisierung seiner Situation ein (B-act. 9).

**E.d** In ihrer Duplik vom 5. August 2016 hielt die Vorinstanz, unter Bezugnahme auf die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 30. Juli 2016, an ihrem Antrag auf Abweisung des Begehrens fest (B-act. 12).

**E.e** Am 30. August 2016 hiess das Bundesverwaltungsgericht das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gut und ordnete dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Claudia Zumtaugwald als unentgeltliche Rechtsbeiständin zu. Gleichzeitig schloss es den Schriftenwechsel ab (B-act. 13).

**E.f** Mit Eingabe vom 27. Oktober 2016 reichte Rechtsanwältin Claudia Zumtaugwald ihre Honorarrechnung über Fr. 8'131.30 ein (B-act. 14).

**E.g** Mit Eingabe vom 14. November 2016 teilte der Beschwerdeführer mit, er werde seit dem 5. Oktober 2016, mit einem Unterbruch vom 3. – 7. November 2016, voraussichtlich bis Ende November 2016, in der psychiatrischen Klinik in (...), Ukraine, stationär behandelt (B-act. 15). Am 20. Februar 2017 teilte er weiter mit, dass er nach seiner Entlassung aus der psychiatrischen Klinik in (...) am 5. Dezember 2016 seinen Wohnsitz in der Ukraine aufgegeben habe, drei Wochen in der Schweiz verbracht habe und seit seiner Abreise am 24. Dezember 2016 wegen anhaltender Krankheit bei seinem Onkel in den USA weile (B-act. 16). Am 10./11. Mai 2017 teilte er mit, es sei in den USA eine seltene Blutkrebserkrankung diagnostiziert worden, die allenfalls bereits einen Einfluss auf das laufende Beschwerdeverfahren haben könnte (B-act. 17 f.).

**E.h** Das Bundesverwaltungsgericht forderte den Beschwerdeführer in der Folge auf, die neuen gesundheitlichen Akten vorzulegen (B-act. 21). Der Beschwerdeführer kam der Aufforderung am 31. Mai 2017 nach und reichte ein umfangreiches Aktendossier des N.\_\_\_\_\_ Medical Center, (...), zu zwei Spitalaufenthalten vom 5. – 12. April 2017 und vom 15. – 25. April 2017 ein (inkl. 6 CDs vom 5.-20.04.2017 mit verschiedenen Röntgen-, CT-

und MRI-Aufnahmen; B-act. 23). Ausserdem teilte er am 1. Juni 2017 den Namen des behandelnden Arztes in der Ukraine im Oktober/November 2016 mit. Zur Behandlung in der Ukraine ergänzte er, die Akten würden ihm nicht ausgehändigt (B-act. 22).

**E.i** Am 1. September 2017 beantragte die IVSTA nach Konsultation ihres ärztlichen Dienstes (Stellungnahme von Dr. O. \_\_\_\_\_, FMH für innere Medizin, vom 17. August 2017), die Beschwerde sei abzuweisen und die Einreichung der medizinischen Akten vom 31. Mai 2017 sei als neues Leistungsgesuch entgegenzunehmen (B-act. 29).

**E.j** Mit prozessleitender Verfügung vom 7. September 2017 übermittelte der Instruktionsrichter die Stellungnahme der Vorinstanz an den Beschwerdeführer zur Kenntnis und teilte mit, der Schriftenwechsel bleibe geschlossen (B-act. 30).

**E.k** Am 15. Januar 2018 liess der Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht mitteilen, er habe wieder eine Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz. Am 29. Januar 2018 bestätigte er auf Nachfrage, dass er seit Oktober 2017 in (...), Kanton P. \_\_\_\_\_, eine Aufenthaltsbewilligung habe (B-act. 34 f.).

## **F.**

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachstehenden 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 (siehe hierzu auch E. 2). 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<sup>bis</sup> 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).

**1.4** Da die Beschwerdeschrift frist- und formgerecht eingereicht wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG). Soweit der Beschwerdeführer sich nach Ablauf der Beschwerdefrist in seiner Beschwerdeergänzung vom 7. April 2016 (B-act. 4) unaufgefordert zu den Ereignissen im Rahmen seiner Auseinandersetzung mit seiner Exfrau in den Jahren 2009 und 2010 äusserte, kann im Hinblick auf den Beginn eines allfälligen IV-Leistungsanspruchs (siehe hiernach E. 4.1) die Frage nach der Rechtzeitigkeit dieser Vorbringen offen gelassen werden.

## **2.**

**2.1** Gemäss Art. 40 Abs. 3 IVV bleibt die einmal begründete Zuständigkeit der IV-Stelle unter Vorbehalt der Absätze 2<sup>bis</sup> – 2<sup>quater</sup> erhalten. Verlegt eine versicherte Person, die ihren Wohnsitz im Ausland hat, während des Verfahrens ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz in die Schweiz, so geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle über, in deren Tätigkeitsgebiet die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort oder ihren Wohnsitz nach Art. 40 Abs. 1 lit. a IVV hat (Art. 40 Abs. 2<sup>ter</sup> IVV).

**2.2** Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer seinen gewöhnlichen Aufenthalt ab 5. März 2010 bis September 2017 im Ausland hatte und seit Oktober 2017 wieder im Kanton P.\_\_\_\_\_ Aufenthalt hat (B-act. 35; oben Bst. A und E.k). Das heisst, der Beschwerdeführer weilte während des vorinstanzlichen Abklärungsverfahrens sowie im Beschwerdeverfahren während des Instruktionsverfahrens und den weiteren Abklärungen durch das Bundesverwaltungsgericht im Ausland (vgl. B-act. 30, 35). Demnach war die IVSTA gemäss Art. 40 Abs. 1 Bst. b IVV für das Verwaltungsverfahren und für den Erlass der Verfügung vom 3. Februar 2016 zuständig und wird die Beschwerde durch das Bundesverwaltungsgericht als Beschwerdeinstanz gegen Verfügungen der IVSTA zu Recht beurteilt (s. schon oben E. 1.1). Zudem ergäbe ein Wechsel der Beschwerdeinstanz in diesem Stadium des Beschwerdeverfahrens einen unnötigen prozessualen Leerlauf (vgl. Urteil des BGer 9C\_891/2010 E. 2.3 in fine). Soweit jedoch nach Abschluss des vorliegenden Gerichtsverfahrens ein weiteres

IV-Verwaltungsverfahren zu führen ist (siehe hiernach E. 7.2), wechselt die Verfahrenszuständigkeit gestützt auf Art. 40 Abs. 2<sup>ter</sup> in Verbindung mit Art. 40 Abs. 1 Bst. a IVV zur IV-Stelle P.\_\_\_\_\_.

### 3.

Nachfolgend ist das anwendbare Recht zu prüfen:

**3.1** Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger der Vereinigten Staaten von Amerika und hatte ausserdem von Dezember 2016 bis Oktober 2017 seinen gewöhnlichen Aufenthalt in den USA (vgl. B-act. 16, 34 f.). Demnach ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den Vereinigten Staaten von Amerika über soziale Sicherheit (*nachfolgend*: Abkommen; SR 0.831.109.336.1; abgeschlossen am 3. Dezember 2012, in Kraft getreten am 1. März 2014) zu beachten. Da in Bezug auf die Schweiz das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung gilt (Art. 2 Abs. 1 Bst. a 2. Lemma Abkommen), das Abkommen für die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten gilt (Art. 3 Bst. a Abkommen) und die Art. 7-18 des Abkommens keine gegenteiligen Regelungen enthalten, ist die Sache nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht zu beurteilen (vgl. auch Urteil BVGer C-112/2015 vom 21. Dezember 2016 E. 2.1). Nichts anderes ergibt sich aus der pakistanischen Staatsangehörigkeit (siehe bereits Urteil des BVGer C-112/2015 vom 21.12.2016 E. 2.1).

**3.2** In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 und 131 V 9 E. 1), wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 3. Februar 2016) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329 E. 6, 129 V 1 E. 1.2 m.H.). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Soweit ein Anspruch auf Rente ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen ist, sind weiter die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November

2011 [AS 2011 5679]). Sofern sich die einschlägigen Bestimmungen materiell nicht verändert haben, werden im Folgenden – falls nichts Gegenteiliges vermerkt – die Bestimmungen in der ab 1. Januar 2008 gültig gewesenen Fassung zitiert.

#### 4.

**4.1** Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

**4.2** Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch 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 (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Die Parteien tragen demnach in der Regel insofern eine objektive Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableitet (BGE 117 V 261 E. 3b; 115 V 133 E. 8a).

**4.3** Im Sozialversicherungsprozess 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. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212,

Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

**4.4** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert [BGE 135 V 215 E. 7.3]). 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).

**4.5** Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche 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 zu 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). Als weitere Anspruchsbedingung muss eine versicherte Person beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Mindestbeitragsdauer von drei (vollen) Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet haben. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

**4.6** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Drei-

viertelsrente, 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).

#### **4.7**

**4.7.1** 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 dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

**4.7.2** 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. 3.a).

**4.8** Hinsichtlich 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 Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 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 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen. Dies gilt insbesondere bei der Beweiswürdigung bei Entscheidungen, die sich ausschliesslich auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (vgl. Urteil des BGer 8C\_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 2 mit Verweis auf BGE 135 V 465 E. 4.4 und BGE 122 V 157 E. 1d; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/ee sowie UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

## 5.

Angefochten ist eine Verfügung der IVSTA, in welcher dem Antrag des Beschwerdeführers auf die Gewährung einer IV-Rente abgewiesen wurde.

Der Beschwerdeführer beantragt weiterhin die Zusprache einer Invalidenrente.

Er hat unbestritten während mehr als drei Jahren Beiträge an die Invalidenversicherung geleistet und demnach die Anspruchsvoraussetzung nach Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt. Zu prüfen bleibt, ob er in einem anspruchrelevanten Mass invalid geworden ist (siehe hiernach E. 5.1 ff.). Er hat sich am 20. Dezember 2012 bei der IVSTA für Leistungen angemeldet (IV 18). Demnach konnte ein allfälliger Rentenanspruch frühestens per 1. Juni 2013 entstehen, sofern der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen ist und nach Ablauf dieses Jahres mindestens zu 40 % invalid war (s. oben E. 4.5 f.).

Vorab ist auf die hier massgebenden medizinischen Diagnosen, Behandlungen und Beurteilungen einzugehen.

## 5.1

**5.1.1** In seiner Bestätigung des Spitalaufenthalts vom 30. April – 19. Mai 2010 im Hospital Q.\_\_\_\_\_, Sri Lanka, vom 26. Mai 2010, diagnostizierte der Psychiater Dr. R.\_\_\_\_\_ eine bipolare affektive Störung (Typ II) mit einer schweren depressiven Episode mit Suizidgedanken ohne psychotische Symptome (ICD-10 F31.4) und äusserte sich zur medikamentösen- und zur Elektrokrampf-Therapie (ICT; IV 38, vgl. auch IV 68.3, B-act. 1 Bl. 14 S. 4 f., S. 14).

**5.1.2** Prof. Dr. S.\_\_\_\_\_, ärztlicher Direktor, Privatklinik B.\_\_\_\_\_, beantragte am 14. Juni 2010 bei der Krankenversicherung des Patienten eine Kostengutsprache für eine stationäre Behandlung wegen einer schweren depressiven Episode mit passageren Suizidgedanken (ICD-10 F33.2; IV 1.17).

Im Austrittsbericht vom 23. Dezember 2010 der Privatklinik B.\_\_\_\_\_ liess Dr. I.\_\_\_\_\_, leitender Arzt, zum stationären Spitalaufenthalt des Patienten vom 18. Juni bis 14. September 2010 ausführen, der Patient habe bei Eintritt ein ausgeprägtes depressiv-suizidales Syndrom mit Antriebs-, Interesse- und Hoffnungslosigkeit, Grübelneigung, kognitiven Defiziten, quälenden Schlafstörungen und Suizidgedanken präsentiert. Diagnostisch werde von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, ausgegangen. Diese habe sich in den letzten 12 Monaten ver-

schlimmert. Ursächlich seien schwere psychosoziale Belastungen (erheblicher Verlust des Vermögens, drohendes Ausweisungsverfahren, Probleme mit der zweiten Ehefrau, fehlender Kontakt zu seiner ersten Familie und den Kindern in Amerika). Unter der antidepressiven Medikation sei eine mittelgradige Remission der depressiven Störung erzielt worden, worunter die Suizidgedanken vollständig verschwunden seien und die Antriebsstörungen sich im Wesentlichen zurückgebildet hätten. Bei weiter bestehenden gebliebenen Einschlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen habe eine gute Besserung erzielt werden können. Erschwerend für die Krankheitsbewältigung sei die Primärpersönlichkeitsstruktur des Patienten, die aktiv, dynamisch und erfolgsorientiert geprägt sei, so dass es für ihn extrem schwierig gewesen sei, eine depressive Symptomatik mit ausgeprägter Antriebs- und Interesselosigkeit zu akzeptieren. Der vorzeitige Austritt habe wegen der Ausweisung erfolgen müssen (IV 68; vgl. dazu auch verschiedene Kurzberichte von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom Juli/August 2010 [IV 10, 11, B-act. 9 Beil. 24.1-2]).

Dr. I. \_\_\_\_\_ nahm in der Folge zu den viertel- bis halbjährlichen Sitzungen in der ambulanten Sprechstunde von April 2011 – Juni 2013 und weiteren telefonischen- und E-Mail-Kontakten mit dem Patienten Stellung und bescheinigte eine deutliche Verschlechterung der chronifizierten depressiven mittelschweren bis schweren Symptomatik. Am 20. Januar 2012 schätzte er die aktuelle Arbeitsunfähigkeit mit 80 % ein, die er am 2. Juli 2013 bestätigte. Im Bericht vom 6. Juni 2012 erwähnte er, der Patient habe gemäss seinen Aussagen wiederholt in der Ukraine einen Psychiater konsultiert, der ihm dringend eine erneute stationär-psychiatrische Behandlung empfohlen habe, dies entspreche auch seiner Einschätzung (vgl. IV 13, 15-16, 60, sowie auch IV 40, 62).

**5.1.3** Am 3. Oktober 2013 führte Dr. H. \_\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM mit Fähigkeitsausweis Vertrauensärztin, zu Händen der IVSTA aus, die psychiatrische Beurteilung aufgrund der verschiedenen Berichte von Dr. I. \_\_\_\_\_ sei unklar, sie enthielten keine Angaben zum Psychostatus bei Ein- und Austritt des Klinikaufenthalts, es fehlten auch Akten (IV 54). Gestützt auf die ihr weiter vorgelegten Unterlagen ([un-]vollständige Gutachtensakten aus den Jahren 2003-2005, Auszüge aus Gerichts- und Verfahrensakten aus den Jahren 2009 und 2010, orthopädisches Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 28.11.2011 [oben Bst. B.b], Austrittsbericht der Privatklinik B. \_\_\_\_\_ vom 23.12.2010, oben E. 5.1.2), führte Dr. H. \_\_\_\_\_ am 8. April 2014 im Wesentlichen aus, es lägen beim Versicherten keine (schwere) Depression

vor, jedoch schwere psychosoziale Belastungsfaktoren. Die chronifizierte Depression lasse sich aus versicherungspsychiatrischer Sicht einer reaktiven, durch psychosoziale Faktoren ausgelösten Verbitterungsstörung mit dysphorisch-depressiv gefärbtem Verhalten bei akzentuierten Persönlichkeitszügen zuordnen, dem kein Krankheitswert zukomme. Der Versicherte sei vollumfänglich arbeitsfähig (IV 79).

**5.1.4** In seinem Bericht vom 1. April 2014 diagnostizierte Dr. I. \_\_\_\_\_ aktuell eine schwere depressive Episode (F33.2) sowie Sedativamissbrauch (F13.10). Er datierte die Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten auf Anfang 2011 mit sozialem Rückzug, Grübelneigung, Hoffnungslosigkeit, depressiv-gedrücktem Affekt, ausgeprägten Antriebsstörungen und einer verminderten geistigen Leistungsfähigkeit, so dass er laut eigenen Angaben in keinsten Weise mehr fähig gewesen sei, seiner Tätigkeit als Finanzbeamter nachzukommen. Er sei auch wieder suizidal geworden. Es habe sich generell ein psychopathologisches Bild, das einem ausgeprägt depressivem Zustandsbild entsprochen habe, gezeigt. Der Patient habe sich als schwer kognitiv beeinträchtigt, im Sinne von Auffassungs-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, gezeigt. Im Affekt sei er deutlich gedrückt und herab gestimmt gewesen und habe über pessimistische hoffnungslose Gedanken, teilweise über Suizidgedanken, berichtet. In der Psychomotorik sei er deutlich reduziert gewesen. Objektiv sei nicht vorstellbar, dass er in diesem psychischen Zustand einer selbständigen beziehungsweise angestellten Tätigkeit nachgehen könne. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit sei mit zirka 80 % einzuschätzen. Der Patient habe in der Ukraine wiederholt Psychiater aufgesucht, die ihm dringend eine stationäre Behandlung vorgeschlagen hätten. Der Patient vertraue aber nicht in die dortige medizinische Versorgung und könne sich eine Behandlung in Westeuropa nicht leisten (IV 82).

**5.1.5** Die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung zu Handen der IVSTA fand am 16. Dezember 2014 statt. In seinem Gutachten vom 26. Januar 2015 erhob Dr. J. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, einleitend anhand eines ausführlichen Gesprächs mit dem Exploranden eine Anamnese. Der Explorand gebe an, er sei im Jahr 2010 aus ökonomischen und geographischen Gründen in die Ukraine gegangen. Dort sei er krankheitsbedingt nur eingeschränkt beruflich aktiv gewesen. Seit zirka 2012 habe sich die Geschäftsaktivität jedoch „sehr gut“ entwickelt und seit rund acht Monaten „gehe es aufwärts“. Seit April 2013 habe er drei Personen mit einem Arbeitspensum von jeweils 50 % angestellt. In den

Jahren 2010 – 2012 habe er oft mehr als 20 Stunden pro Tag im Bett verbracht, er sei vollständig inaktiv gewesen und ohne inneren Antrieb. Er habe vermehrt an Tod und Sterben gedacht und nur bescheidene Bedürfnisse erfüllt. Er habe Aufgaben an eine Angestellte delegiert, die halbtags für ihn gearbeitet habe. Seit zwei Jahren bessere sich die berufliche Situation, die allgemeine Lebenssituation habe sich insbesondere im letzten halben Jahr verbessert. Er könne sich auch wieder mehr auf seine Arbeit konzentrieren. Er leide unter dem Rechtsstreit mit seiner zweiten Ehefrau. Weil er auch seinen Kindern in den USA keine Alimente zahlen könne, habe ihn seine erste Ehefrau in den USA verklagt. Er müsse die USA deshalb meiden, was wiederum seine geschäftlichen Aktivitäten behindere. Im Vordergrund der Beschwerden stehe vor allem am Morgen ein verminderter innerlicher Antrieb. Er habe kein Interesse und keine Freude. Seit zehn Monaten könne er wieder drei Stunden in der Nacht am Stück schlafen. Er stehe am Morgen auf, gehe frühstücken und setze sich dann an die Arbeit. Er treffe sich mit seiner neuen Partnerin. Alle paar Monate reise er in die Schweiz. Er reise zudem in der Welt herum – „aber nicht so viel, wie er sollte“. Ausser der stationären Behandlung in (...) im Jahr 2010 sei er vor drei Jahren in der Ukraine „mehrfach“ stationär psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt worden (insgesamt 4 Wochen im Zeitraum von 10 Monaten) und habe während zweieinhalb Jahren ausser der Betreuung durch Dr. I. \_\_\_\_\_ auch eine ambulante psychotherapeutische Therapie in der Ukraine wahrgenommen. Dr. I. \_\_\_\_\_ habe ihm (unverändert seit 2010) Medikamente verschrieben. Für die Zukunft sei er optimistisch gestimmt, seine Depression bessere sich, weil die Verkaufsabschlüsse zunehmen würden. Die familiären Konflikte würden sich in der weiteren Zukunft auch grundsätzlich regeln lassen. In etwa eineinhalb Jahren würde sein Geschäft wieder gut gehen und er könne dann vermutlich auch seinen finanziellen Verpflichtungen gegenüber seinen Kindern nachkommen.

Der Gutachter beschrieb einen sehr gepflegten, modisch gekleideten Exploranden. Die Psychomotorik (inkl. Mimik sowie Gestik) und der Antrieb seien unauffällig. Im Bewusstsein sei er wach, allseits orientiert und im formalen Denken unauffällig. Inhaltliche Denkstörungen (Wahn, Zwang) träten nicht auf. Er berichte bei den von ihm selbst gewählten Themen aktiv, engagiert, logisch, kohärent, flüssig, differenziert und gut strukturiert. Das Gedächtnis sei intakt. Intelligenz, Konzentration, Auffassung und Merkfähigkeit seien normgerecht. Wahrnehmungs- und/oder Ich-Störungen seien nicht vorhanden. Im Affekt sei der Explorand ausgeglichen, dysthym, ernst und ruhig. Die affektive Modulation sei sehr gut. Er lächle und scherze ab und zu situativ angemessen. Ein affektiver Rapport komme gut zustande.

Er sei von Suizidalität distanziert.

Gestützt auf die ihm vorgelegten Akten, das Gespräch mit dem Exploranden und den weiteren durchgeführten Untersuchungen diagnostizierte der Gutachter aktuell eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) bei depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (F32.4/F33.4), akzentuierten (narzisstisch, emotional expressiv, sthenisch-dominant) Persönlichkeitszügen (Z73.1), mit Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabinoiden sowie ärztlich verordneten Sedativa (Imovane/Zopiclon), bei vielfältigen (psycho)-sozialen Belastungen und bei Status nach anhaltender Schmerzstörung (F45.4). Er äusserte sich ausführlich zu den Beurteilungen des behandelnden Psychiaters Dr. I. \_\_\_\_\_ und stellte fest, dass auf akzentuierte (aktiv, dynamisch, erfolgsorientiert) Persönlichkeitszüge hingewiesen werde. Gemäss Dr. I. \_\_\_\_\_ sei es im Rahmen der stationären Therapie im Jahr 2010 zu einer gewissen Rückbildung gekommen, eine darüber hinausgehende Arbeitsunfähigkeit werde im Bericht vom 23. Dezember 2010 nicht dokumentiert. Die Lösung „psychosozialer Probleme“ stehe im Heilungsverlauf wesentlich im Vordergrund. Danach habe der Arzt stereotyp festgestellt, dass beim Patienten ein „mittelschwer bis schwer ausgeprägtes depressives Zustandsbild bestehe, ab 20. Januar 2012 bei einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % (vgl. IV 13). Die einmalig gestellte Diagnose „Sedativmissbrauch“ (IV 82) werde nicht weiter erläutert. Für die Zeit bis heute seien in den Akten die jeweiligen Diagnosen nie mit Bezug zum Klassifikationssystem beschrieben und/oder diskutiert worden und die spärlich dokumentierten objektiven psychopathologischen Befunde liessen jeweils ein unspezifisches depressives Syndrom erkennen. Auf die vielfältigen und schwerwiegenden (psycho)-sozialen Belastungen (bspw. Herkunft, Migration, aktuelle Lebensumstände, Lebensalter, familiäre Konflikte, Konflikte mit IV/Krankenkasse/Migrationsbehörde, finanzielle Sorgen, Unterhaltsforderungen, Rentenwunsch, juristische Konflikte in der Schweiz/den USA/im Schengenraum [IV 146 S. 23 f.]), die sowohl ursächlich, als auch aufrechterhaltend für die depressive Störung seien, werde hingegen regelmässig hingewiesen. Anlässlich der aktuellen Untersuchung seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gar nicht bis maximal sehr gering ausgeprägt. Im Affekt sei der Explorand dysthym. In der Interaktion sei er narzisstisch, sthenisch dominant und theatralisch. Eine Verdeutlichungstendenz sei vorhanden. Die Angaben zur Berufstätigkeit zwischen 2009 und heute sowie zu den gegenwärtigen (psychischen) Beschwerden blieben pauschal, allgemein, vage, ausweichend und oberflächlich. Auch mit Hilfe der MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale, erreichte 10 Items) sei kein depressives Syndrom zu erkennen. Die ICD-10-Kriterien einer (allfällig

eigenständigen) depressiven Episode gemäss ICD-10 F32/F33 seien nicht (mehr) erfüllt. Die vom Exploranden genannten Symptome lägen nicht in ausreichender Schwere beziehungsweise ausreichender Länge vor, um eine (allfällig andauernde) depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Die Angaben in den Vorakten liessen nicht ausreichend kritisch nachvollziehen, ob in der Vergangenheit tatsächlich eine depressive Episode gemäss ICD-10 F3 objektiv habe angenommen werden können. Eine relevante ( $\geq 20\%$  von  $100\%$ ) Arbeitsunfähigkeit könne bei der vorliegenden Dysthymia, der gegebenenfalls eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund somatisch begründeter Defizite hinzugerechnet würde, aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht angenommen werden. Diese Einschätzung gelte ab Untersuchungsdatum vom 16. Dezember 2014.

Zu den festgestellten akzentuierten Persönlichkeitszügen des Exploranden führte der Gutachter aus, diese stellten Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus keinen Krankheitswert besässen (im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen), die jedoch in einer Therapie beachtet werden (sollten). Beim Exploranden lägen keine Belege für Persönlichkeitsstörungen (gemäss ICD-10 F60.xx) vor. Die Angaben zu zwischenmenschlichen Konflikten und der (mässige) Konsum von nicht ärztlich verordneten Substanzen erklärten sich durch vielfältige Einflüsse (bspw. kulturelle Erfahrungen, akzentuierte Persönlichkeitszüge). Nicht zuletzt belegten auch die Reisetätigkeit, die langjährigen und aktuellen beruflichen sozialen Kontakte, seine Fähigkeiten zur gegenwärtigen Partnerschaft und zur Führung von Angestellten eine objektiv erkennbare tatsächliche Überwindbarkeit der von ihm geklagten Beschwerden.

**5.1.6** Die Psychiaterin Dr. H. \_\_\_\_\_ übernahm am 27. Februar 2015 zu Händen der IVSTA die Diagnostik der Gutachter Dr. J. \_\_\_\_\_ und Dr. K. \_\_\_\_\_ (hinten E. 5.2.1) und führte aus, die Gutachter hätten sich intensiv mit der Vorgeschichte des Versicherten auseinandergesetzt und ihn gründlich untersucht. Interdisziplinär hätten sie keine Diagnose stellen können, die eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bewirke. Dr. J. \_\_\_\_\_ habe sich auch ausführlich mit den Einwänden des Versicherten auseinandergesetzt. Die bisherige Tätigkeit sei weiterhin im vollen Umfang zumutbar (IV 152).

**5.1.7** Gemäss dem Bericht von Dr. T. \_\_\_\_\_, Notfallmedizinerin und Psychiaterin, vom 24. Februar 2016, konsultierte der Versicherte die regionale psychiatrische Klinik in (...) (privates psychotherapeutisches Zentrum

„U.\_\_\_\_\_“) am 10. Dezember 2015, am 29. Dezember 2015 und am 17. Februar 2016 wegen depressiver Stimmung und Schlafstörungen. Die Ärztin diagnostizierte eine schwere Depression und verschrieb Antidepressiva (Vortioxetin und Imovan [Sedativum]). Sie bot ihm eine stationäre Spitalbehandlung an, welche er abgelehnt habe. Bei der nächsten Konsultation seien die Beschwerden gleich gewesen. Dazu seien Angststörungen gekommen. Der Patient habe erklärt, er fühle sich während den Festtagen ohne die Anwesenheit von Familie oder Freunden schlecht und könne sich nicht um seine Belange kümmern. Die Ärztin passte die Medikation an. Bei der Konsultation am 1. Februar 2016 sei es dem Patienten etwas besser gegangen, er sei aber weiter depressiv und leide unter Schlafstörungen, was ihn ständig müde mache (B-act. 1 Bl. 2).

## 5.2

**5.2.1** In seinem (als interdisziplinäres Gutachten) bezeichneten rheumatologischen Gutachten (Begutachtung vom 16. Dezember 2014; IV 147) führte Dr. K.\_\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, aus, der Explorand gebe an, er habe seine Tätigkeit als Finanzberater wegen einer Depression, die mit Schlafstörungen und Müdigkeit einhergehe, im Zeitraum von 2008 – 2010 kaum mehr ausüben können. Diese Beschwerden seien auch derzeit sein Problem. Er habe die Durchführung dieser Begutachtung mit seinen beruflichen Interessen verknüpft, so habe er in den letzten zwei Tagen Geschäftstreffen in (...) und in (...) durchgeführt. Am Nachmittag sei die psychiatrische Begutachtung (auch in [...]) und am Abend habe er ein berufliches Meeting in (...). Er habe den Eindruck, gute Aussichten zu haben, Verträge abschliessen zu können. Zu seinen Rückenbeschwerden führe der Explorand aus, die Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule hätten sich in den letzten Jahren vollständig zurückgebildet und seien kein Problem mehr. Die Schmerzen im unteren Rückenbereich hätten sich deutlich zurückgebildet und würden, sofern sie aufträten, zumeist lokal im unteren Rückenbereich verweilen. Sie würden sich mit Schmerzmitteln jeweils zurückbilden. Beschwerdelindernd sei eine medizinische Trainingstherapie (2-3-mal pro Woche). Die Rückenschmerzen stünden im Hintergrund und schränkten die Arbeitsfähigkeit nicht mehr ein.

Interdisziplinär ergab sich (aus Sicht des Rheumatologen) keine Diagnose mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In der klinischen Untersuchung stellte der Gutachter eine Adipositas (30.74 kg/m<sup>2</sup>), leichtgradige Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule und eine leichtgradige Stauungsdermatose im Bereich der Unterschenkel und darüber hin-

aus ein weitgehend normaler Habitus fest. Bezüglich der für den Beschwerdeführer im Vordergrund stehend eingestuftten Beschwerden mit traurigen Verstimmungen, Schlafstörungen und Müdigkeit verwies er auf das psychiatrische Gutachten. Im Vergleich zum Zustand zervikal (2003 und 2005), bestätigte er eine leichtgradige Verbesserung des Gesundheitszustands, so habe das Ausmass der Bewegungseinschränkungen abgenommen und könnten kein paravertebraler Muskelhartspann und keine Druckdolenz mehr objektiviert werden. Bei den unteren Extremitäten stellte er eine leichtgradige Verschlechterung fest, bei einer leichtgradig objektivierbaren Stauungsdermatose bei einer leichtgradig chronisch-venösen Insuffizienz der Beine. Allgemeininternistisch objektivierte er – abgesehen von der Adipositas – keinen klinisch-pathologischen Befund. Er empfahl eine Gewichtsreduktion, auch wegen des diskret erhöhten Glucose-Werts im Serum. Er verwies jedoch darauf, dass im Rahmen der ergänzend durchgeführten Abklärungen im Labor der Wert der Blutsenkungsreaktion und der Wert des CRPs (C-reaktives Protein) mit jeweils erhöhten Werten ausgefallen sei. Er habe deshalb zusätzliche Untersuchungen veranlasst. Die Immunfixation im Serum dokumentiere eine monoklonale Gammopathie Typus IgM/Kappa. Diese sei dringend abklärungsbedürftig. Die leichtgradige Anämie und Thrombozytose sei am ehesten im Rahmen dieser monoklonalen Gammopathie zu beurteilen. Er schloss, derzeit bestünden jedoch keine gesicherten Hinweise für ein akut entzündliches Geschehen, eine Infektion oder eine chronische Entzündungserkrankung. Bezüglich dieser pathologischen Laborwerte beschreibe sich der Explorand als beschwerdefrei und könne derzeit keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Insgesamt seien die vom Versicherten geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. Deshalb seien krankheitsfremde Gründe und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion (mit Verweis auf das Teilgutachten des Psychiaters) zu diskutieren. Insgesamt könne er aufgrund der ihm vorliegenden Akten, seiner eigenen Untersuchung bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und zusammen mit der psychosomatisch-psychiatrischen Komponente gemäss dem Gutachten von Dr. J. \_\_\_\_\_ für die in der Schweiz bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formulieren.

**5.2.2** Der Rheumatologe Dr. L. \_\_\_\_\_ vom ärztlichen Dienst der IVSTA setzte sich am 5. März 2015 ausführlich mit den Gutachten vom 26. Januar 2015 und den Vorakten auseinander. Er schloss sich dem Gut-

achter Dr. K. \_\_\_\_\_ an, dass aus rheumatologischer wie auch aus internistischer Sicht zur Zeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Entdeckung der Gammopathie monoclonale rechtfertige jedoch rasche ergänzende Abklärungen. Dieses Laborergebnis könne sich mehr oder weniger rasch in onkologische Erkrankungen (Myelom oder Morbus Waldenström) entwickeln, was die Arbeitsfähigkeit beeinflussen könne und deshalb abzuklären sei. Die zu veranlassenden Abklärungen beim behandelnden Arzt seien zu verfolgen und die Sache dann einem Hämato-Onkologen vorzulegen. Dieser habe sich zum Einfluss der Gammopathie monoclonale IgM/kappa auf die Arbeitsunfähigkeit zu äussern (IV 154).

**5.2.3** Gestützt auf die in der Ukraine eingeholten Akten für den Zeitraum vom 20. Juli 2013 – 19. Oktober 2015 ergeben sich folgende durchgeführte Untersuchungen und Konsultationen:

- 20.07.2013: Konsultation wegen einer ambulant erworbenen rechtsseitigen Lobärpneumonie im Unterlappen (Blutentnahme, Röntgen, verordnete medikamentöse Behandlung; IV 196.1-2: 199-200) und Konsultation mit Laboruntersuchung und Mehrschicht-Spiral-Computertomographie des Brustraums mit Kontrastmittel, verordnete medikamentöse Behandlung vom 30. Juli 2013 (IV 196.3 = 201);
- 11.12.2014: Amplituden- und Zeit-Parameter EKG und Ultraschalluntersuchung der Bauchorgane sowie Röntgenuntersuchung der Organe im Brustraum, Ultraschalluntersuchung des Herzens (IV 195 = 218, 196.4-10 = 202), und Laboruntersuchungen (Blut, Schilddrüse, Urin, biochemisch (IV 196.25-28 = IV 215)
- 03.01.2015: Biochemische Untersuchung mit Hepatitistest (196.24 = 214, 196.21 = 211) sowie Beurteilung des Endokrinologen (IV 196.11 = 203)
- 08.01.2015 Langzeit-EKG (IV 193 = 217), Labor (Urin- und Stuhl; IV 196.22 f. = 212 f.)
- 09.01.2015 Ösophagogastroduodenoskopie und pathologisch-histologische Untersuchung der Endoskopie (IV 196.12-14 = 204, 205 und IV 194 [nicht übersetzt])
- 10.01.2015: Urologische Beurteilung mit Ultraschall (IV 196.15-16, 18 = 206, 208)
- 01.08.2015: Neurologische Beurteilung: Dysomnie, allfällige latente Depression, Lumbalgie / vertebrales Schmerzsyndrom, Diskushernie L4-L5 (IV 196.17 = 207)
- 06.10.2015: Psychotherapeutische Beurteilung, Verordnung von Schlafmitteln, Empfehlung der Behandlung beim Psychotherapeuten (IV 196.19 = 209).

**5.2.4** Aus den in der Schweiz eingeholten Akten für den Zeitraum vom 16. März 2015 bis 27. April 2015 ergeben sich keine Auskünfte betreffend weitere medizinische Abklärungen im Hinblick auf die Laborergebnisse vom 16./23. Dezember 2014 (vgl. IV 162-170).

**5.2.5** Am 6. Januar 2017 führte Dr. M.\_\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Onkologie-Hämatologie vom ärztlichen Dienst der IVSTA im Wesentlichen aus, die Gammopathie monoclonale IgM/kappa sei zufällig anlässlich der Begutachtung entdeckt worden. Vorher ergäben sich keine Untersuchungen dieser Anomalie, es sei auch danach keine diesbezügliche Untersuchung durchgeführt worden, trotz der Empfehlung von Dr. L.\_\_\_\_\_. Sie bestätigte, dass diese Anomalie keinen Einfluss auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit habe (IV 221).

**5.3** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer bisher nicht aktenkundige psychiatrische Berichte aus den Jahren 2009 und 2010 ein.

**5.3.1** In seinem Kurzbericht führte Dr. V.\_\_\_\_\_, leitender Arzt, zertifizierter forensischer Psychiater SGFP, W.\_\_\_\_\_ Psychiatrie, forensischer Dienst, zu Handen des Amtsstatthalteramts P.\_\_\_\_\_ am 9. Juni 2009 aus, aufgrund des klinischen Eindrucks bestehe der Verdacht auf eine manische Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F30.1). Um dies klar abzuklären, sei eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik indiziert. Im Memo vom 12. Juni 2009 (E-Mail vom 11.06.2009) präziserte Dr. V.\_\_\_\_\_, aufgrund der Beobachtungen in der Klinik X.\_\_\_\_\_ sowie seiner eigenen Feststellungen könne ausgeschlossen werden, dass der Explorand unter einer affektiven Psychose (d.h. einer Manie) leide. Es zeigten sich auch sonst keine Zeichen einer Geisteskrankheit. Ganz sicher bestehe eine narzisstische Problematik, also eine überhöhte Anspruchshaltung und Kränkbarkeit (B-act. 1 Bl. 11-12).

In seinem forensisch-psychiatrischen Gutachten vom 29. September 2009 führte Dr. V.\_\_\_\_\_ zu Handen des Amtsstatthalteramts P.\_\_\_\_\_ aus, die Verdachtsdiagnose einer manischen Episode habe sich nicht verifizieren lassen. Auch sonst hätten sich keine Hinweise auf eine sonstige psychotische Störung gefunden. Der Explorand unterscheide sich von einem hiesigen Durchschnittsmenschen in Bezug auf Benehmen und Temperament, indem er gegenüber Menschen, die er als Bedienstete betrachte, ein arrogantes Verhalten an den Tag lege, er scheine sein Verhalten aber durchaus steuern zu können (B-act. 9 Bl. 27.2).

**5.3.2** Gemäss dem Austrittsbericht von Dr. Y. \_\_\_\_\_ (Assistenzarzt) und Dr. Z. \_\_\_\_\_, Oberarzt, vom 16. Februar 2010, zur zweiten Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik in (...) vom 29. Januar – 4. Februar 2010, wurde der Patient zur Behandlung einer akuten manischen Episode (ICD-10 31.0) eingewiesen. Eine hypomanische Symptomatik sei beobachtet worden. Aufgrund des distanzlosen Verhaltens des Patienten sei auch ein Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung vermutet worden. Auf Wunsch des Patienten wurde dieser am 4. Februar 2010 zurück ins Gefängnis verlegt (B-act. 1 Bl. 6).

**5.3.3** In ihrer Stellungnahme bestätigten Dr. Aa. \_\_\_\_\_, Assistenzarzt, und Dr. V. \_\_\_\_\_, leitender Arzt, auf Wunsch des Patienten am 4. März 2010 die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung II bei einer gegenwärtig hypomanischen Episode (B-act. 1 Bl. 7).

## **5.4**

**5.4.1** Gestützt auf die nachgereichten psychiatrischen Akten aus den Jahren 2009 und 2010 hielt Dr. H. \_\_\_\_\_ am 22. April und am 1. Juli 2017 an ihrer Auffassung, es sei keine langanhaltende Arbeitsunfähigkeit belegt, fest (vgl. Beilagen zu B-act. 7 und 12). In ihrer ausführlichen Auseinandersetzung mit dem Sachverhalt führte sie ausser der Erläuterung der Diagnose Dysthymie F34.1 ergänzend aus, dass Cannabinoide (die im Laborbericht vom 16. Dezember 2014 nachgewiesen wurden) wie auch Sedativa zu einer Lethargie führten. Ausserdem führten Sedativa aufgrund der Toleranzentwicklung zu Schlafstörungen, beide psychotropen Substanzen könnten zusätzlich depressive Symptome auslösen (B-act. 7 Bl. 2).

**5.4.2** Nachdem der Beschwerdeführer über die Diagnose eines Morbus Waldenström informiert und eine umfangreiche Dokumentation des N. \_\_\_\_\_ Hospital, ab 5. April 2017, eingereicht hatte (vgl. B-act. 17 f., 23), äusserte sich Dr. O. \_\_\_\_\_, FMH für innere Medizin, zertifizierte medizinische Expertin SIM, vom ärztlichen Dienst der IVSTA, am 17. August 2017 ausführlich zu den in der Ukraine eingeholten Akten aus kardiologischer Hinsicht (ohne bedeutsame Beeinträchtigung), Laborwerten (Eisenmangel), gastrokopischen Untersuchungen (ohne bedeutsame Beeinträchtigung) und medizinisch (Bronchopneumonie rechter Unterlappen mit günstiger Entwicklung) sowie den im Jahr 2015 in der Schweiz eingeholten Akten, auch im Hinblick auf die im Dezember 2014 anlässlich der Begutachtung festgestellte Gammopathie monoclonale mit Anämie und Entzündungssyndrom. Sie kam im Wesentlichen zum Schluss, dass am 3. Februar 2016 (Datum der angefochtenen Verfügung) beim Beschwerdeführer aus

psychiatrisch-rheumatologischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit in rentenanspruchs begründendem Ausmass vorgelegen habe. Aus onkologischer Sicht könne mit der diagnostizierten monoclonalen Gammopathie mit diskreter Anämie und Entzündungssyndrom (Gutachten vom 26. Januar 2015) dieser Gesundheitszustand zusammen mit einer (seit langer Zeit erwähnten) Asthenie (Schwäche/Kraftlosigkeit) eine Einschränkung von 20 % auf die bisherige berufliche – nicht körperlich anstrengende – Tätigkeit ab 16. Dezember 2014 angenommen werden. Eine objektive Verschlechterung ergebe sich anhand der Berichte vom April 2017 (Diagnose Morbus Waldenström). Da die Modalitäten der Therapie in den medizinischen Berichten noch nicht präzisiert seien, sei eine neue Abklärung zur medizinischen Entwicklung und dem Allgemeinzustand des Versicherten notwendig (B-act. 29, Bl. 2).

## **6.**

### **6.1**

**6.1.1** Einleitend ist in psychischer Hinsicht zum Gutachten von Dr. J. \_\_\_\_\_ festzuhalten, dass der Gutachter sich mit den ihm zur Verfügung gestellten Vorakten auseinandergesetzt hat, das Gutachten auf einer persönlichen Untersuchung des Exploranden beruht und er sich im Wesentlichen nachvollziehbar – soweit hier massgeblich – mit dem aktuellen Leiden und der gesundheitlichen Einschränkung des Beschwerdeführers auseinandergesetzt hat (siehe auch hiernach E. 6.1.2 ff.).

**6.1.2** Der Beschwerdeführer beanstandet das Gutachten von Dr. J. \_\_\_\_\_ und beantragt die Einholung eines Gegengutachtens (siehe IV 177 Ziff. 4, Verweis darauf in B-act. 1 Rz. 13). Soweit er jedoch im Rahmen des Vorbescheid- und Beschwerdeverfahrens eigene im Gutachten zitierte Aussagen anzweifeln lässt und ausführt, er habe die Fragen aufgrund der Begutachtungssituation zwar so beantwortet, dies entspreche jedoch nicht der Wahrheit (z. B. die Angaben, das Geschäft laufe seit Anfang 2012 wieder gut, er führe sein Geschäft selbst oder die Arbeitstätigkeit überlasse er seiner Mitarbeiterin, und er habe in der Ukraine eine neue Partnerin), ist darauf zu verweisen, dass gerade bei einer psychiatrischen Begutachtung, bei der keine somatischen Einschränkungen festgestellt beziehungsweise gemessen werden können, entscheidend ist, dass ein Explorand seine gesundheitliche, persönliche und berufliche Situation den Tatsachen entsprechend darlegt, da andernfalls seine gesundheitliche Einschränkung nicht korrekt beurteilt werden kann. Demnach können seine Aussagen nicht im Nachhinein uminterpretiert werden (vgl. BGE 121 V 45

E. 2a zu sog. „Aussagen der ersten Stunde“), zumal nicht nachvollziehbar begründet wird, weshalb die Angaben des Beschwerdeführers im Gespräch mit dem Gutachter falsch erfasst sein sollten (vgl. hierzu IV 177 Rz. 2-3 und B-act. 1 S. 7 ff.). Zudem erscheinen seine Angaben anlässlich der Begutachtung authentisch, ausserdem machte er bei anderen Gutachtern ähnliche Angaben (vgl. bspw. die bei Dr. K.\_\_\_\_\_ definierte akute Krankheitsphase in den Jahren 2008-2010 oder die Angabe, anlässlich der Reise zur Begutachtung im Dezember 2014 diverse geschäftliche Termine in (...) und (...) wahrnehmen zu können [vgl. IV 147 S. 2]). Seine Ausführungen während den Begutachtungen und die angegebene Aktivität anlässlich dieser Reise in die Schweiz sprechen nicht für eine aktuelle mittelschwere oder schwere depressive Episode im Zeitpunkt der Begutachtung. Zum Umfang der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im massgebenden Zeitraum ab Juni 2012 ist zu ergänzen, dass die Orthopädin Dr. E.\_\_\_\_\_ bereits im Jahr 2011 ausführte, der Explorand arbeite nach eigenen Angaben seit September 2010 wieder zu 50 % als Makler in sitzender Tätigkeit. Ausser der Erwähnung der Einnahme von Psychopharmaka ergeben sich aus dem Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_\_ keine Hinweise für eine zusätzlich vorliegende Einschränkung aus psychischer Hinsicht (Depression und/oder Schmerzstörung; vgl. IV 12.2). Daran ändert nichts, dass die Gutachterin für ihr Parteigutachten offenbar nur mit Auszügen aus der umfangreichen Krankengeschichte bedient wurde; in orthopädischer/rheumatologischer Hinsicht fehlten ihr die Vorakten bezüglich der HWS-Distorsion vom 20. Juli 2001 (siehe IV 1.30-38, 14 und oben Bst. B.b).

**6.1.3** Soweit der Beschwerdeführer gestützt auf die Beurteilungen des behandelnden Psychiaters Dr. I.\_\_\_\_\_ eine seit dem Jahr 2010 bestehende dauernde Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 % geltend macht (oben E. 5.1.2, 5.1.4), ist Folgendes festzuhalten: Die Verlaufsbeurteilungen fallen – wie Dr. J.\_\_\_\_\_ zu Recht ausführt – allgemein verfasst aus, wiederholen sich stereotyp und verweisen hauptsächlich auf die weiter bestehenden (nicht IV-relevanten) psychosozialen Belastungen, die ursächlich und aufrechterhaltend für die depressive Störung seien. Die Symptome einer Depression werden zwar aufgezählt, aber nicht weiter begründet. Letzteres gilt auch betreffend die im Bericht vom 1. April 2014 als wieder vorhanden angegebene Suizidalität und die erstmals erwähnte, aber nicht weiter begründete Medikamentenabhängigkeit, bei der weder deren Auswirkungen noch deren Behandlung erläutert werden (IV 82). Insgesamt sind die (fachärztlichen) Berichte von Dr. I.\_\_\_\_\_ demnach als Berichte des behandelnden Arztes mit reduziertem Beweismass zu würdigen, zumal der Beschwerdeführer beim Gutachter Dr. J.\_\_\_\_\_ ausführte, er habe zu

Dr. I. \_\_\_\_\_ „eine gute freundschaftliche Beziehung“ aufgebaut (IV 146 S. 7; vgl. zur reduzierten Beweiskraft von Aussagen behandelnder Ärzte E. 4.8 hiervor).

Dazu kommt, dass Dr. I. \_\_\_\_\_ in seinen Berichten mehrfach darauf verweist, dass der Beschwerdeführer in der Ukraine psychiatrisch behandelt worden sei, eine stationäre Behandlung zwar sinnvoll wäre, aber vom Beschwerdeführer nicht gewollt werde respektive er sich eine bevorzugte Behandlung in Westeuropa nicht leisten könne. Belege zu Behandlungen in der Ukraine werden jedoch nicht eingereicht (ausser zu drei ambulanten Behandlungen Ende 2015/anfangs 2016). Ausserdem war der Beschwerdeführer immer wieder in der Lage, aus der Ukraine zu Dr. I. \_\_\_\_\_ zu den ambulanten Sprechstunden nach (...) zu reisen. Deshalb erweist sich auch aus dieser Sicht eine schwerwiegende, letztlich notwendig stationär zu behandelnde schwere depressive Episode (allenfalls im Rahmen einer bipolaren Störung; siehe hierzu E. 6.1.4) nicht als nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt.

**6.1.4** Der Beschwerdeführer führt replikweise aus, es sei nicht geprüft worden, ob er sich im Begutachtungszeitpunkt am 16. Dezember 2014 in einer hypomanischen Episode der ursprünglich diagnostizierten bipolaren affektiven Störung befunden habe (vgl. B-act. 9 Rz. 1 ff.). Hierzu ist zu beachten, dass im Verwaltungsverfahren, ausser im Kurzbericht von Dr. R. \_\_\_\_\_ in Sri Lanka, in welchem im April/Mai 2010 tatsächlich eine bipolare affektive Störung (Typ II) diagnostiziert wurde (IV 38), sich in den Akten vorgängig zur Begutachtung vom 16. Dezember 2014 keine Hinweise für eine bipolare affektive Störung ergeben und auch der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung diese Diagnose anamnestisch nicht erwähnte. Gestützt auf die im Beschwerdeverfahren ergänzten Akten ergibt sich, dass die (Verdachts-)Diagnose bipolare affektive Störung zwar auch in (...) gestellt wurde (oben E. 5.3.1-5.3.3.). Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, dass Dr. I. \_\_\_\_\_ in seinen Berichten weder die Aufenthalte des Patienten in der W. \_\_\_\_\_ Psychiatrie (und die ambulante Behandlung durch Dr. V. \_\_\_\_\_) erwähnt noch von der damals gestellten (Verdachts-)Diagnose die Rede ist, obwohl der in (...) behandelnde Dr. V. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nach (...) zu Dr. S. \_\_\_\_\_ zu deren Behandlung überwiesen hatte (vgl. IV 1.17). Der Klinikaufenthalt in Sri Lanka von April/Mai 2010 wird zwar von Dr. S. \_\_\_\_\_ erwähnt, eine Bezugnahme zur dort gestellten Diagnose bipolare Störung (II) findet sich hingegen ebensowenig in den Berichten der behandelnden Ärzte in (...). Unter diesen Umständen musste das Vorliegen einer hypomanischen Phase im Rahmen einer bipolaren

Störung anlässlich der Begutachtung im Dezember 2014 zu Recht nicht in Betracht gezogen werden, zumal sich auch im Rahmen der langjährigen Behandlung durch Dr. I. \_\_\_\_\_ keine Hinweise für eine weiter bestehende bipolare Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergaben. Die entsprechende Argumentation des Beschwerdeführers erweist sich demnach als nachgeschoben und unbehelflich.

Demnach erweist sich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (oben E. 4.3), dass der Beschwerdeführer jedenfalls im Begutachtungszeitpunkt im Dezember 2014 nicht mehr unter dem Einfluss der stressauslösenden, extremen psychosozialen Ereignisse der Jahre 2008-2010 (Verlust eines grossen Teils seines Vermögens, Auseinandersetzung mit seiner zweiten Ex-Frau und damit verbunden mit den Behörden, Inhaftierungen, Ausweisung), mit damals extremen Reaktionen, stand. Es zeigt sich auch, dass die Arbeitstätigkeit für seine psychische Gesundheit essentiell ist; sobald er wieder in der Lage war zu arbeiten und Geld zu verdienen, ging es ihm gemäss seinen eigenen Angaben auch psychisch besser (IV 146.6, auch 147.2). Daran ändert nichts, dass er im Winter 2015/2016 in der Ukraine sich dreimal ambulant psychiatrisch behandeln liess (oben E. 5.1.7).

**6.1.5** Zu ergänzen bleibt, dass das Gutachten von Dr. J. \_\_\_\_\_ sich im Hinblick auf die Interdisziplinarität der Gutachter Dres. J. \_\_\_\_\_ und K. \_\_\_\_\_ nicht als vollständig erweist. Dr. J. \_\_\_\_\_ hat sich nicht zur im Labor nachgewiesenen Medikation des Beschwerdeführers und den Auswirkungen der Medikamente auf die Arbeitsfähigkeit geäußert, wie auch nicht zum im Labor nachgewiesenen Konsum von Cannabinoiden, dem anamnestisch erfassten Konsum von Alkohol und der in den Akten erwähnten Schlafmittelabhängigkeit. Zu dieser Frage kann indes auf die ausführliche Stellungnahme von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 22. April 2016 verwiesen werden (oben E. 5.4.1). Der genannte Bericht erweist sich als ausführlich, hat sich mit dem Sachverhalt befasst und ist genügend beweiskräftig.

**6.1.6** Somit ergibt sich in antizipierter Beweiswürdigung, dass beim Beschwerdeführer spätestens im Begutachtungszeitpunkt am 16. Dezember 2014 bei der wieder vorhandenen Tagesstruktur, des wieder in Gang gebrachten Geschäfts von der Ukraine aus mit mehreren Angestellten, die geführt werden mussten, der neuen Partnerschaft in der Ukraine, der Reiseaktivität und der durchgeführten Sitzungen und Verhandlungen anlässlich des Aufenthalts in der Schweiz keine mittelschwere oder schwere Depression mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ersichtlich ist und für

den Zeitraum ab Sommer 2012 eine massgebende mittelschwere bis schwere depressive Phase – ausser durch die nur reduziert beweiskräftigen Beurteilungen von Dr. I. \_\_\_\_\_ – nicht belegt wird. Dies gilt auch für die begrenzte depressive Phase im Winter 2015/2016, die ebenfalls nur durch einen Kurzbericht einer behandelnden Psychiaterin bescheinigt wird. Der Beschwerdeführer war demnach – jedenfalls in psychischer Hinsicht – im massgebenden Zeitraum ab Juni 2012 nicht (mehr) invaliditätsrelevant ( $\geq$  als 20 %) in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Auf die Vervollständigung der Akten aus den Jahren 2009/2010 und das Einholen einer ergänzenden Stellungnahme der Gutachter – ebenso wie das Einholen eines weiteren Gutachtens oder Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. Urteil BGer 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.3) – kann unter diesen Umständen verzichtet werden. Der Antrag auf Einholen eines psychiatrischen Gegengutachtens (oben E. 6.1.2) ist deshalb abzuweisen.

**6.1.7** An diesem Ergebnis ändern auch die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten umfangreichen Akten/E-Mails/Fotos/Handnotizen zum heftig geführten Rechtsstreit mit Inhaftierung des Beschwerdeführers und Aufhalten in der Psychiatrischen Klinik W. \_\_\_\_\_ in den Jahren 2009/2010 (vgl. Bl. zu B-act. 1, 4, 9) nichts, da hier – wie gesagt – der Gesundheitszustand frühestens seit Juni 2012 zu beurteilen war. Auch zu keiner anderen Würdigung führt, dass die Krankenversicherung des Beschwerdeführers nach Juni 2012 noch einzelne ambulante psychiatrische Sitzungen und Medikamente bezahlt hat (vgl. B-act. 9 Bl. 35). Eine massgebende Arbeitsunfähigkeit über mindestens ein Jahr (oben E. 4.4 f.) kann daraus nicht abgeleitet werden.

**6.1.8** Zur im Rahmen des Beschwerdeverfahrens geltend gemachten Wiedererkrankung des Beschwerdeführers in psychischer Hinsicht (stationäre Behandlung im Herbst 2016, vgl. B-act. 15 und 22) bleibt zu ergänzen, dass diese nicht mehr in den Beurteilungszeitraum bis 3. Februar 2016 fällt (oben E. 3.2) und auch keine Belege eingereicht wurden, die den Spitalaufenthalt dokumentieren würden. Die Frage einer eingetretenen gesundheitlichen Verschlechterung wird allenfalls von der IV-Stelle im Rahmen der Neuanmeldung vom April 2017 zu prüfen sein (siehe dazu auch E. 6.2.3 und 7.2).

**6.2** Es bleibt demnach die Beurteilung der Sache in somatischer Hinsicht.

**6.2.1** Das Gutachten des Rheumatologen Dr. K. \_\_\_\_\_ in rheumatologisch-internistischer Hinsicht (IV 147) ist ausführlich, es setzt sich mit den Vorakten vollständig und nachvollziehbar auseinander. Das Gutachten beruht weiter auf einer persönlichen Untersuchung des Exploranden und setzt sich ausführlich und für das Gericht nachvollziehbar und überzeugend mit den Leiden und den sich daraus ergebenden gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinander. Die weitere Abklärung der Blutwerte aufgrund der ersten Ergebnisse wurde durch Dr. K. \_\_\_\_\_ veranlasst. Das Gutachten ist demnach für den somatischen Teil der Beurteilung voll beweiskräftig.

**6.2.2** Auch die Stellungnahme von Dr. L. \_\_\_\_\_ vom ärztlichen Dienst erweist sich als sehr ausführlich. Er setzt sich vollständig und nachvollziehbar mit dem vorhandenen Dossier und dem Gutachten auseinander. Seine Schlussfolgerungen sind klar und ohne weiteres nachvollziehbar. Die Beurteilung erweist sich somit als voll beweiskräftig, weshalb auf seine Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Auswirkungen der festgestellten Diagnostik abzustellen ist.

**6.2.3** Auch die Beurteilung der Internistin Dr. O. \_\_\_\_\_ vom 17. August 2017 (B-act. 29 Bl. 2), setzt sich ausführlich mit den vorgelegten somatischen Akten (insb. dem Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_, den Akten aus der Ukraine [IV 192 ff.] sowie den umfangreichen Akten ab 5. April 2017 [Beilagen zu B-act. 23]) auseinander, stellt die Akten in einen Zusammenhang und zieht nachvollziehbare Schlüsse. Der Bericht besitzt demnach volle Beweiskraft. Somit ergibt sich aus psychiatrisch-rheumatologischer Sicht im Beurteilungszeitpunkt vom 3. Februar 2016 keine Einschränkung in anspruchsbegründendem Ausmass für die Tätigkeit als Finanzmakler. Aus onkologischer Sicht ergibt sich ab 16. Dezember 2014 eine Einschränkung in der (körperlich leichten) beruflichen Tätigkeit als Finanzmakler von 20 % (vgl. E. 5.4.2). Unbestritten ist die festgestellte gesundheitliche Verschlechterung ab April 2017 (Neuanmeldung vom 11. Mai 2017, B-act. 23, siehe hiernach E. 7.2).

## **7.**

**7.1** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aus den Akten in psychischer Hinsicht in den Jahren 2009 und 2010 jedenfalls zeitlich begrenzte Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergeben, die stark mit (nicht rentenrelevanten) psychosozialen Problemen und extremen Stresssituationen des Beschwerdeführers (Konkurs der eigenen

Firma, Verlust eines grossen Teils des Vermögens, heftige Auseinandersetzung mit der zweiten Ehefrau im Trennungsverfahren unter Einbezug der Behörden, Kampf um das Besuchsrecht des Kindes, Streitigkeiten mit der ersten Ex-Ehefrau wegen Alimenten, stationäre psychiatrische Spitalaufenthalte und Gefängnisaufenthalte) verbunden waren. Für den hier massgebenden Zeitraum ab Juni 2012 respektive einen allfälligen Rentenanspruch ab Juni 2013 vermag der Beschwerdeführer jedoch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darzulegen, dass (noch) eine invaliditätsrelevante Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit wegen einer (mittel-)schweren Depression bestand (oben E. 6.1.6). In onkologischer Hinsicht ergibt sich ab 16. Dezember 2014 eine Einschränkung in der (körperlich leichten) Tätigkeit als Finanzmakler von 20 %. Insgesamt ergibt sich demnach keine IV-relevante gesundheitliche Einschränkung. Die Vorinstanz hat deshalb den Rentenanspruch zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen.

**7.2** Da sich wegen der im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Akten fundierte Hinweise dazu ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers invaliditätsrelevant verschlechtert haben könnte (siehe oben E. 6.2.3), ist die Eingabe des Beschwerdeführers vom 11. Mai 2017 (B-act. 18) entsprechend der Beurteilung des ärztlichen Dienstes vom 17. August 2017 (B-act. 29 Bl. 2) als Neuanmeldung zu betrachten und die Sache nach rechtskräftigem Abschluss dieses Verfahrens durch die Vorinstanz zufolge des Zuständigkeitswechsels an die IV-Stelle P.\_\_\_\_\_ (oben E. 2.2) zur Prüfung einer rentenrelevanten Gesundheitsverschlechterung zu überweisen.

## **8.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. Dabei ist auf Art. 65 Abs. 4 VwVG hinzuweisen, wonach die begünstigte Partei der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn sie später zu hinreichenden Mitteln gelangt. Vorliegend ist dem Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 30. August 2016 die unentgeltliche Rechtspflege mit amtlicher Verbeiständung bewilligt worden, weshalb er auf diese Ersatzpflicht aufmerksam zu machen ist.

**8.1** Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Nachdem das Bundesverwaltungsgericht mit Zwischenverfügung vom

30. August 2016 das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gutgeheissen hat, sind dem unterliegenden Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 65 Abs. 1 VwVG).

**8.2** 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). Die obsiegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Die Vertreterin des unterliegenden Beschwerdeführers hat Anspruch auf ein amtliches Honorar. Mit Kostennote vom 27. Oktober 2016 hat sie einen Aufwand von 36.86 Stunden à Fr. 200.– und Auslagen in Höhe von Fr. 157.– (Fotokopien: Fr. 150.–, Porti: Fr. 7.–) zuzüglich Mehrwertsteuer von 8 % à Fr. 602.30 geltend gemacht. Die geltend gemachten Kosten liegen deutlich über jenen für durchschnittliche Fälle eines erstmaligen IV-Leistungsgesuchs, trotz hier anerkanntermassen erhöhten Aufwands. Es gilt weiter dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Rechtsvertreterin bereits im (nicht im Beschwerdeverfahren zu entschädigenden) Vorbescheidverfahren tätig war und sich daher vorliegend weitgehend auf die Vorakten stützen konnte. Als notwendig und angemessen erweisen sich ein Aufwand von 24 Stunden (Beschwerde sowie ein Teil des UP-Gesuchs [soweit nicht bereits entschädigt], Replik, Korrespondenz im Beschwerdeverfahren, Neuanschuldung vom 11. Mai 2017 und Nachreichen zugehöriger Akten sowie Abschlussarbeiten). Nicht zu berücksichtigen sind die Aufwände für die Beschwerdeergänzung vom 7. April 2016 sowie einen Teil der Replik, soweit die dazumal eingereichten Akten bereits im Beschwerdeverfahren vorhanden waren und dort hätten eingereicht werden können. Dazu kommen für das vorliegende Verfahren angemessene Auslagen von Fr. 200.– (Porti und Kopien à Fr. –.50). Der Vertreterin des Beschwerdeführers ist deshalb ein amtliches Honorar von Fr. 5'398.80 (24 Std. à Fr. 200.–), Auslagen (Fr. 200.–) und Mehrwertsteuer (zu 8 % bis Ende 2017 [22 Std. Aufwand + Auslagen: Fr. 368.–] und 7.7 % für 2018 [2 Std. Aufwand: Fr. 30.80]; vgl. BGE 141 III 560 E. 2 und 3) zuzusprechen.

(Dispositiv: siehe nächste Seite)

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Akten sind nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils im Sinne von E. 7.2 zur Beurteilung der Neuanmeldung vom 11. Mai 2017 von der Vorinstanz an die IV-Stelle P.\_\_\_\_\_ weiterzuleiten.

**3.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**4.**

Der Rechtsvertreterin wird zu Lasten der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 5'398.80 zugesprochen. Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so hat er diesen Betrag dem Bundesverwaltungsgericht zurückzuerstatten.

**5.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- die IV-Stelle P.\_\_\_\_\_ (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 (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: