



Abteilung III  
C-1905/2020

## Urteil vom 6. Juli 2021

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),  
Richter Christoph Rohrer,  
Richter Vito Valenti,  
Gerichtsschreiberin Tania Sutter.

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Österreich),  
vertreten durch lic. iur. Christa Rempfler,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,  
Verfügung der IVSTA vom 5. März 2020.

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

**A.a** Der am (...) 1965 geborene, österreichische Staatsangehörige A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) mit aktuellem Wohnsitz in Österreich war in den Jahren 1988 bis 1992 in der Schweiz erwerbstätig und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Zuletzt war er als Küchenchef in einem Gletscherrestaurant in Österreich in einem Vollzeitpensum angestellt. Der letzte effektive Arbeitstag war der 25. November 2015. Der Austritt zufolge Kündigung erfolgte per 10. Juli 2016 (vgl. Akten der Vorinstanz [act.] 15).

**A.b** Am 10. März 2016 meldete sich der Versicherte im Rahmen des zwischenstaatlichen Verfahrens zum Bezug von Leistung der schweizerischen Invalidenversicherung an (vgl. act. 1; 17). Als gesundheitliche Beeinträchtigung gab er eine Erschöpfungsdepression Ende November 2015 an (act. 16 S. 3).

**A.c** Die IVSTA wies das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 21. November 2017 ab. Das Bundesverwaltungsgericht hob diese Verfügung mit Urteil C-7143/2017 vom 21. August 2018 auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurück (act. 102).

**A.d** Nach Einholung eines interdisziplinären Gutachtens (act. 145) sowie Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. 163) wies die IVSTA mit Verfügung vom 5. März 2020 das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers erneut ab (act. 176).

**B.**

**B.a** Gegen die Verfügung vom 5. März 2020 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 6. April 2020 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen, eventualiter die Abklärung der funktionellen bzw. arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit in der Rehaklinik B.\_\_\_\_\_ AG, subeventualiter die Durchführung einer BEFAS-Abklärung im Zentrum C.\_\_\_\_\_ in (...). In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte er um

Zustellung der vollständigen IV-Akten mit der Möglichkeit zur Beschwerdeergänzung sowie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung (Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer act.] 1).

**B.b** Nach Zustellung der IV-Akten ergänzte der Beschwerdeführer innert angesetzter Frist mit Eingabe vom 29. Juni 2020 seine Beschwerde und hielt an den bereits gestellten Rechtsbegehren fest (BVGer act. 6, 10).

**B.c** Mit Zwischenverfügung vom 31. Juli 2020 wurde das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung abgewiesen (BVGer act. 12). In der Folge wurde der Beschwerdeführer mit einer weiteren Zwischenverfügung vom 31. Juli 2020 aufgefordert, einen Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– bis zum 31. August 2020 zugunsten der Gerichtskasse zu überweisen (BVGer act. 13). Am 7. August 2020 ging der Betrag von Fr. 853.60 in der Gerichtskasse ein (BVGer act. 16).

**B.d** Die Vorinstanz beantragte mit Vernehmlassung vom 5. Oktober 2020 die Abweisung der Beschwerde (BVGer act. 19).

**B.e** Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 29. Oktober 2020 an seiner Beschwerde fest (BVGer act. 21).

**B.f** Die Vorinstanz hielt mit Duplik vom 2. Dezember 2020 ebenfalls an ihren Anträgen fest (BVGer act. 23).

**B.g** Mit Instruktionsverfügung vom 7. Dezember 2020 wurde der Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen per 18. Dezember 2020 abgeschlossen (BVGer act. 24).

### **C.**

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

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

### **1.**

Das Bundesverwaltungsgericht hat seine Zuständigkeit von Amtes wegen zu prüfen (Art. 7 Abs. 1 VwVG). Es ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b

IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Der Kostenvorschuss wurde rechtzeitig geleistet, sodass auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 6. April 2020 einzutreten ist (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

## **2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 5. März 2020, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

## **3.**

**3.1** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 5. März 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**3.2** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 5. März 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

**3.3** Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, war während mehrerer Jahre in der Schweiz erwerbstätig und wohnt aktuell in Österreich. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind

auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 ist nämlich eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Österreich und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist.

#### **4.**

**4.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

**4.2** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens

40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

**4.3** Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

**4.4** Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV [SR 831.201]) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27<sup>bis</sup> IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

**4.5** Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

**4.6** Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231

E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

**4.7** Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.).

## **5.**

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**5.1** Dr. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 21. Dezember 2015 die Diagnosen unsystematischer Schwindel im Rahmen einer Burn-out-Symptomatik mit Stimmungsabfall, Ein- und Durchschlafstörungen, Angstsymptomen etc. Aus der Anamnese geht hervor, dass es dem Beschwerdeführer seit einem halben Jahr bis einem Jahr psychisch laufend schlechter gegangen sei. Er sei mit seiner beruflichen Tätigkeit als Koch in einem grossen Restaurant nicht mehr zurechtgekommen, habe sich überlastet gefühlt, habe während der Arbeit zum Teil unter schwer zu beschreibenden Schwindelzuständen mit Flimmern vor den Augen sowie unter Angstzuständen mit Herzrasen und Schweissausbrüchen gelitten. Er habe kontinuierlich Schlafprobleme und auch Schwierigkeiten gehabt, in der Früh in die Gänge zu kommen. Stimmungsmässig sei es ihm immer schlechter gegangen und er sei seit November im Krankenstand. Dr. D. \_\_\_\_\_ stellte alsdann einen unauffälligen Neurostatus fest und erachtete die Einleitung einer antidepressiven Medikation als indiziert (act. 8; 33).

**5.2** Dem darauffolgenden Bericht vom 18. Januar 2016 von Dr. D. \_\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer die Medikamente gut vertragen habe und es ihm bereits besser gehe (act. 10; 19; 32).

**5.3** Gemäss Bericht vom 29. Februar 2016 von Dr. D. \_\_\_\_\_ war der neurologische Status weiterhin unauffällig. Zum Ausschluss einer organischen Ursache für die angegebenen Schwindel- und Angstzustände sei eine Magnetresonanztomographie (MRT) vorgesehen (act. 9; 18; 31).

**5.4** Im Bericht vom 29. März 2016 stellte Dr. D. \_\_\_\_\_ die zusätzliche Diagnose einer chronischen Pansinusitis. Bildgebend hätten sich abgesehen von Hinweisen für eine chronisch polypoide Pansinusitis keine Auffälligkeiten gefunden. Die Prämedikation sei fortzuführen. Ausserdem sei die Option einer begleitenden Psychotherapie erörtert jedoch seitens des Beschwerdeführers nicht gewünscht gewesen (act. 21).

**5.5** Dr. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie, stellte im Ärztlichen Gutachten vom 22. April 2016 zuhanden der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt die Hauptdiagnose depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie die Nebendiagnose Panikattacken (ICD-10 F41.0). Der psychopathologische Status umschrieb sie wie folgt: Wach, ausreichend orientiert, kognitive Funktionen grobklinisch unauffällig, depressiv mit Antriebsdefizit, flach im Affekt, Gedankenduktus kohärent, Panikzustände, Erschöpfungsgefühle fassbar, psychomotorisch unauffällig, Gewichtszunahme seit er das Rauchen gelassen habe, anhaltende Durchschlafstörungen, keine Selbst- oder Fremdgefährdung zum Untersuchungszeitpunkt. Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit führte Dr. E. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer zeige eine depressive Symptomatik und nächtliche Panikattacken. Die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit seien derzeit massiv eingeschränkt. Geregelt Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer derzeit nicht zumutbar (act. 30; 46).

**5.6** Vom 6. Juli bis 17. August 2016 hielt sich der Beschwerdeführer stationär im Zentrum für psychosoziale Gesundheit F. \_\_\_\_\_ auf. Als Zuweisungsdiagnosen wurden angeführt: Anpassungsstörung mit depressiver Episode und Ängstlichkeit gemischt (ICD-10 F43.22); Systematischer Schwindel, derzeit gebessert; Ein- und Durchschlafstörung (undulierend). Die Entlassungsdiagnose lautete wahnhafte Störung (ICD-10 F22.0; Verfolgungswahn seit ca. 20 Jahren). Bei der Aufnahme habe der Beschwerdeführer in einer subdepressiven Stimmung mit einer nervös-unsicheren Befindlichkeit imponiert, im Affekt situationsadäquat mit mittelgradig reduziertem Antrieb. Gegen Ende des Aufenthaltes sei die paranoide Bereitschaft vollkommen verschwunden. Im Zentrum der therapeutischen Behandlung sei die Bearbeitung der Überlastung am Arbeitsplatz gestanden. Dem Beschwerdeführer sei im Verlauf des Aufenthaltes zusehends besser

gelingen, sich abzugrenzen, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, anzusprechen, zu erkennen und dies auch als Möglichkeit in der Zukunft anzudenken. Es sei somit möglich, initial neue strukturgebende Verhaltensweisen in Richtung der Zukunft anzusprechen um damit die Möglichkeit zu bekommen, berufliche Aufgabenstellungen ohne Überlastung anzugehen. Eine Verlängerung habe der Beschwerdeführer wegen landwirtschaftlicher Verpflichtung nicht annehmen können. Abschliessend wurde eine fachärztliche Kontrolle sowie Psychotherapie empfohlen. Ferner wurde dringend ein Wiederholungsaufenthalt und auch psychophysische Schonung angeraten (act. 29).

**5.7** Im Bericht vom 24. August 2016 führte Dr. D. \_\_\_\_\_ die Diagnosen Anpassungsstörung mit depressiver Episode und Angstsymptomen, Insomnie und unsystematischer Schwindel an. Es wurde wiederum ein altersentsprechender unauffälliger Neurostatus festgestellt. Im psychopathologischen Status würden keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen und keine produktiv psychotische Symptomatik bestehen; der Gedankenduktus sei kohärent (act. 34).

**5.8** Gemäss Stellungnahme vom 4. November 2016 des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) handle es sich um eine involutionsbedingte depressive Lebensphase mit funktionell einschränkenden vegetativen Symptomen, die angstbetont wahrgenommen würden. Durch die Behandlung sei eine deutliche Besserung eingetreten. Nun drohe die Anpassung und Chronifizierung, infolge nicht IV-relevanter Begleitumstände (act. 25).

**5.9** Mit Schreiben vom 26. Januar 2017 bestätigte Mag. G. \_\_\_\_\_, dass sich der Beschwerdeführer seit 21. September 2016 bei ihr in ambulanter Psychotherapie befinde. Die Termine würden einmal wöchentlich stattfinden. Trotz medikamentöser Begleitung seitens des Facharztes würden anhaltende Ein- und Durchschlafstörungen, Unruhe vor allem tagsüber, Antriebsstörung und Angst bestehen. Als Diagnosen nannte sie Anpassungsstörung und wahnhafte Störung (act. 54).

**5.10** Mit Stellungnahme vom 7. Februar 2017 hielt der RAD fest, die Zuweisungsdiagnosen zur stationären Rehabilitationsbehandlung im Zentrum für psychosoziale Gesundheit F. \_\_\_\_\_ vom 17. August 2016, der Behandlungsverlauf und das weitere Prozedere seien bezüglich der Arbeitsfähigkeit diskrepant zur Entlassungsdiagnose (ICD-10 F22.0). Die Beurteilung vom 24. August 2016 durch den Neurologen Dr. D. \_\_\_\_\_ fünf

Tage nach der Entlassung aus der Rehabilitation habe wiederum unauffällige neurologische und psychiatrische Untersuchungsbefunde ergeben, die eine Arbeitsunfähigkeit nicht mehr begründen könnten. Es wurde die Veranlassung einer ärztlichen Begutachtung empfohlen (act. 36).

**5.11** Dr. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, nannte in seinem Ärztlichen Gesamtgutachten vom 24. Februar 2017 zuhanden der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt als Hauptdiagnose eine schon länger andauernde depressive Störung (ICD-10 F32.9 [depressive Episode nicht näher bezeichnet]). Als Nebendiagnose nannte er Verdacht auf wahnhaftige Störung (ICD-10 F22.0). Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit führte er aus, in psychiatrischer Hinsicht würde beim Beschwerdeführer eine schon länger bestehende depressive Störung, im Vordergrund eine massive Erschöpfung und Antriebslosigkeit vorliegen. Im Rahmen der psychiatrischen Rehabilitation im Zentrum für psychosoziale Gesundheit F. \_\_\_\_\_ sei auch eine wahnhaftige Störung diagnostiziert worden, welche schon seit ca. 20 Jahren bestehe, wobei diese Störung derzeit nicht im Vordergrund stehe. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer jedoch noch nicht arbeitsfähig, ihm seien nicht einmal halbschichtige Tätigkeiten zumutbar. Er könne nur einem geringen Zeitdruck ausgesetzt werden. Generell sei das Ergebnis der fortgesetzten Therapiemassnahmen abzuwarten, eine Besserung könne es innerhalb eines Jahres durchaus geben (act. 45 S. 3 f.).

**5.12** Laut Brief vom 28. August 2017 des Krankenhauses I. \_\_\_\_\_, Abteilung Psychiatrie-Allgemein, bestehe beim Beschwerdeführer ein Zustand nach Anpassungsstörung sowie Verdacht auf generalisierte Angststörung. Der psychopathologische Status wurde wie folgt umschrieben: Bewusstsein klar, orientiert, keine Aufmerksamkeit- oder Gedächtnisstörungen fassbar, keine formalen Denkstörungen, inhaltlich werden Verfolgungswahngefühle geäußert, kein Zwang, keine Wahrnehmungsstörungen (Sinnestäuschungen), keine Ich-Störungen, Stimmung leicht reizbar und etwas gedrückt, Antrieb in der Norm, Schlaf und Appetit in der Norm, keine somatischen Beschwerden, im Kontakt nervös, immer wieder auftretende Suizidgedanken, jedoch keine akute Selbst- und Fremdgefährdung zum Gesprächszeitpunkt gegeben (act. 65).

**5.13** IV-Psychiater Dr. J. \_\_\_\_\_ kam in seiner medizinischen Stellungnahme vom 22. September 2017 zum Schluss, beim Beschwerdeführer liege kein psychiatrischer Gesundheitsschaden im Sinne der IV vor. Allenfalls seien eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) zu

diagnostizieren, wobei weder die Angst noch die Depression ein Ausmass erreichen würden, das eine Arbeitsunfähigkeit begründen könnte (act. 66).

**5.14** Im Arztbrief vom 17. Oktober 2017 des Krankenhauses I. \_\_\_\_\_, Abteilung Psychiatrie-Allgemein, werden die Diagnosen generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1); rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig ausgeprägt (ICD-10 F33.1) sowie Zustand nach Burn-out 2015 genannt. Der umschriebene Psychostatus entspricht im Wesentlichen demjenigen im Brief vom 28. August 2017 (act. 70; 73).

**5.15** Mit Stellungnahme vom 17. November 2017 hielt IV-Psychiater Dr. J. \_\_\_\_\_ fest, im Arztbrief vom 17. Oktober 2017 würden nur wenige und zudem leichte pathologische Befunde aufgeführt, sodass er keine Veranlassung sehe, von seiner Stellungnahme vom 22. September 2017 abzuweichen (act. 72).

**5.16** Dr. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie, stellte mit Bericht vom 11. April 2018 folgende Diagnose: rezidivierende depressive Störung; Angststörung; unsystematischer Schwindel. Aus fachpsychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer keinesfalls arbeitsfähig. Rückblickend auf den bisherigen Krankheitsverlauf werde er auch keine Arbeitsfähigkeit wieder erlangen (act. 92).

**5.17** Im Bericht vom 26. Juni 2018 hielt Dr. K. \_\_\_\_\_ fest, in allen Konsultationen habe sich ein erhebliches Ausmass der psychischen Belastung, eine völlig instabile Stimmungslage, eine Konzentrationsminderung, ausgeprägte diffuse Ängstlichkeit sowie Schlafstörungen unter Medikation gezeigt. Aus fachpsychiatrischer Sicht bestehe nach wie vor keine Arbeitsfähigkeit (act. 98).

**5.18** Die Vorinstanz beauftragte das Zentrum O. \_\_\_\_\_ (O. \_\_\_\_\_) mit der interdisziplinären Begutachtung des Beschwerdeführers. In der Folge wurde der Beschwerdeführer vom 1.–4. April 2019 psychiatrisch, internistisch, neurologisch und otorhinolaryngologisch begutachtet. Das Gutachten datiert vom 23. Mai 2019 (act. 145). Es wurden folgende Diagnosen gestellt:

*Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:*

- Zykllothymie bei
  - Verdacht auf leichte Intelligenzminderung mit
  - anamnestisch rezidivierender depressiver Störung mit unklar schweren Episoden mit

- psychogenen Dreh- und Schwankschwindelattacken und
- Akzentuierten Persönlichkeitszügen (histrionisch, ängstlich)

*Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:*

- Adipositas, BMI 32.5
- Status nach traumatischer Fingerkuppenamputation Digitus II und III rechts zirka 1992
- Leichtgradiges armbetontes zerebelläres Syndrom links unklarer Ursache, wahrscheinlich konnatal
- Episodisches Spannungstyp-Kopfweg
- Linksbetonte, leicht- bis mittelgradige, nicht behindernde Hochtoninnenohrschwerhörigkeit mit nicht behinderndem Tinnitus, ursächlich möglicherweise frühere Lärmbelastung bei der Arbeit
  - beginnende Presbyakusis
- Minimale, peripher-vestibuläre Unterfunktion links, zentral kompensiert
- Verlegende Nasenseptumdeviation nach rechts
  - anamnestisch chronisch-polypöse Pansinusitis

Aus rein somatischer Sicht würden keine gesundheitlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in den ausgeübten Tätigkeiten als Metzger oder Koch bestehen. Ausgeschlossen seien Tätigkeiten mit Sturzgefahr und hohen akustischen Anforderungen. Psychiatrisch beurteilt, hänge die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Koch in einem Restaurationsbetrieb wesentlich von der konkreten Funktion und der damit verbundenen Belastung ab. Als Küchenchef oder alleinverantwortlicher Einzelkoch sei der Beschwerdeführer überfordert und nicht einsatzfähig. Als mitarbeitender Koch in einem Team ohne Führungsverantwortung sei er aufgrund seiner reduzierten intellektuellen Leistungsfähigkeit und seiner affektiven Labilität und der damit verbundenen verminderten psychischen Belastbarkeit mit einem reduzierten Rendement von 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit, die ohne Stress ausgeübt werden könne, sei der Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht zu 20 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Rein somatisch sei der Beschwerdeführer abgesehen von den genannten Limitationen voll arbeitsfähig (act. 145 S. 8 f.). Hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit sei es plausibel, dass der Beschwerdeführer nach seinem Zusammenbruch im Herbst 2015 für drei bis sechs Monate vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Entsprechend sei der Beschwerdeführer bis April 2016 ganz und ab diesem Datum in dem oben genannten Ausmass in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen (act. 145 S. 10).

**5.19** Gemäss Bestätigung vom 24. September 2019 von Mag. G. \_\_\_\_\_ werde der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht mehr erlangen. In der Psychotherapie gehe es um eine Stabilisierung, die Bearbeitung immer wieder massiv auftretender Unruhezustände und Verfolgungsideen, die im Zusammenhang mit zu bewältigenden Terminen stünden, und einer Sicherstellung von Lebensqualität (act. 171).

**5.20** Im IV-ärztlichen Konsiliumsbericht vom 9. Oktober 2019 wurde festgehalten, dass dem interdisziplinären Gutachten grundsätzlich volle Beweiskraft zuzusprechen sei. Entgegen dem Gutachten sei jedoch eine Verbesserung des Gesundheitszustands nicht schon ab 1. Mai 2016, sondern erst ab 18. August 2016 (Austritt stationäre Rehabilitation) anzunehmen, zumal im österreichischen Gutachten vom 22. April 2016 noch eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei und sich aus Akten keine anderen Hinweise für eine Verbesserung ab dem 1. Mai 2016 ergeben würden (act. 159; vgl. auch act. 173 [Konsiliumsbericht vom 14. Februar 2020]).

**5.21** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer weitere Berichte ein:

**5.21.1** Im Bericht vom 16. April 2019 hielt Dr. K. \_\_\_\_\_ insbesondere fest, das medikamentös-therapeutische Schema werde fortgeführt, die Psychopathologie bleibe aber unverändert schlecht, mit einer deutlichen Anhedonie, gedrückten Stimmungslage, Antriebslosigkeit, Grübelneigung, Ambivalenz, Ängstlichkeit, innere Unruhe und einer sozialen Rückzugstendenz. Der Beschwerdeführer sei nicht ausreichend stabil für den Arbeitsprozess. Als Diagnosen führte sie weiterhin rezidivierende depressive Störung; Angststörung; unsystematischer Schwindel an (BVGer act. 1 Beilagen 6).

**5.21.2** Dr. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, verfasste zu Händen des Sozialgerichts M. \_\_\_\_\_ das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 1. Oktober 2019 (BVGer act. 1 Beilage 9). Darin stellte er folgende Hauptdiagnosen: Teilremission bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33) sowie Symptomen einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1); Zustand nach Burn-out-Syndrom (2015, ICD-10 Z73.0); laut auswärtigen Befunden: wahnhafte Störung (ICD-10 F22.0); beginnende sensomotorische Polyneuropathie, derzeit ohne besondere funktionelle Bedeutung. Der Beschwerdeführer könne aus rein neurologisch-psychiatrischer Sicht «zumindest leichte bis halbzeitig mittelschwere Arbei-

ten verrichten» (BVGer act. 1 Beilage 9 S. 28). Insgesamt sei es zweifelsfrei zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen, dies im Vergleich zu dem durch Dr. E.\_\_\_\_\_ im Ärztlichen Gutachten vom 22. April 2016 festgestellten massiven pathologischen Befund. Die Alltagstauglichkeit habe sich mittlerweile erkennbar verbessert, d.h. das tatsächlich «Geleistete» entspreche durchaus einer – verwertbaren – Leistungsfähigkeit. Auch seien vorwiegend neurotische Mechanismen mit verantwortlich, dass nicht mehr gewünscht werde, die jetzige Lebenssituation zu verändern. Ferner verweist Dr. L.\_\_\_\_\_ auf die im aktuellen Beschwerdeverfahren nicht aktenkundige Beurteilung vom 26. April 2019 von Dr. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, in welcher als Hauptdiagnose eine wiederkehrende depressive Störung, gegenwärtig weitgehend in Remission, genannt und gegenwärtig keine ausgeprägte Angstsymptomatik festgestellt wurde. Dem Beschwerdeführer fehle allenfalls noch eine gewisse Stabilität, sodass Arbeiten nur unter fallweise besonderem Zeitdruck möglich seien. Im Übrigen aber sei er arbeitsfähig. Gemäss Dr. L.\_\_\_\_\_ sei dieser Einschätzung zuzustimmen (BVGer act. 1 Beilage 9 S. 33).

**5.21.3** Mit Bericht vom 11. Februar 2020 betonte Dr. K.\_\_\_\_\_, dass sämtliche bisherige Therapiemassnahmen zu keiner Verbesserung des klinischen Zustandbildes geführt hätten. Es habe keine Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Es zeige sich ein chronifiziertes Krankheitsbild, weswegen aus fachpsychiatrischer Sicht sehr wohl eine frühzeitige Pensionierung zu befürworten wäre (BVGer act. 1 Beilagen 7, vgl. auch Beilage 8).

**5.21.4** Gemäss Bericht vom 14. Mai 2020 von Dr. K.\_\_\_\_\_ sei die Stimmung des Beschwerdeführers nach wie vor sehr gedrückt. Seit Beginn der Coronakrise leide er unter massiven Angstzuständen, er wisse nicht, wie es in Zukunft weitergehen werden. Teilweise würden bilanzierende Gedanken auftreten und das Grübeln sei für den Beschwerdeführer extrem belastbar. Dr. K.\_\_\_\_\_ empfahl die Verlängerung der psychophysischen Schonung, da von keiner Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (BVGer act. 10 Beilage 11).

**5.21.5** Schliesslich berichtete Dr. K.\_\_\_\_\_ am 4. Mai 2021 erneut über den Beschwerdeführer. Sie hielt fest, die heutige psychische Erkrankung könne als ein deutliches Resultat aus der jahrzehntelangen Überlastung im Gastronomiesektor gewertet werden. Der Beschwerdeführer könne bis heute nicht mit Stress, Terminen, Druckbelastungen oder Verpflichtungen umgehen. Er beweise in Bezug auf sämtliche Therapien (Medikation und

Psychotherapie) eine ausgeprägte Compliance. Mittelfristig sei eine deutliche Therapieresistenz erkennbar, mit einer chronischen depressiv-gedrückten Stimmungslage, ausgeprägten Zukunftsängsten, innerer Unruhe, Konzentrationsminderung, Grübelneigung, Anhedonie, geringen psychophysischer Belastbarkeit, soziale Rückzugstendenz, Ambivalenz und erhebliche Schlafstörungen. Von Oktober bis Dezember 2020 sei eine forcierte Abklärung im Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum erfolgt. Auch dort sei es zu keiner Besserung gekommen, sondern zu einer ausgeprägten Überlastung, sodass ein vorzeitiger Abbruch erforderlich geworden sei (BVGer act. 25 Beilage 13).

## **6.**

Die Vorinstanz geht insbesondere gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 23. Mai 2019 davon aus, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenchef seit dem 26. November 2015 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Hingegen betrage die Arbeitsunfähigkeit in einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit 20 % seit dem 18. August 2016. Die errechnete Erwerbseinbusse betrage 33 %. Entsprechend hat die Vorinstanz das Leistungsbegehren abgewiesen.

**6.1** Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens vom 23. Mai 2019 und bringt insbesondere vor, die Diagnosestellung widerspreche den Akten. Sodann sei er sehr wohl in seinen Kontakten zu Drittpersonen eingeschränkt und lebe isoliert und zurückgezogen. Ferner sei das Gutachten insofern unvollständig, als dass trotz der Feststellung, dass die Aktenlage zum Verlauf und Eintritt der Arbeitsunfähigkeit «relativ dürftig» sei, keine Rücksprache mit Dr. K. \_\_\_\_\_ genommen worden sei. Diesbezüglich stellt der Beschwerdeführer den Antrag auf Einholung von Arzt- bzw. Therapieberichten bei Dr. K. \_\_\_\_\_ bzw. Mag. G. \_\_\_\_\_. Des Weiteren habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Mai 2019 verschlechtert. Hinsichtlich des Einkommensvergleichs moniert der Beschwerdeführer, dass ihm lediglich ein Leidensabzug von 15 % gewährt worden sei, vielmehr erachtet er den Maximalabzug von 25 % als gerechtfertigt. Auch treffe es nicht zu, dass er nach bald fünfjähriger Abwesenheit vom ersten Arbeitsmarkt die Fähigkeit besitzen soll, sich selbständig einzugliedern. Sollte das Gericht wider Erwarten die Sache nicht als spruchreif erachten oder (noch) keine Teil-Invalidenrente zusprechen wollen, seien eventualiter weitere Abklärungen angezeigt (vgl. BVGer act. 1; 10).

**6.2** Demgegenüber hält die Vorinstanz an der angefochtenen Verfügung fest, welche sich auf das beweiskräftige interdisziplinäre Gutachten vom 23. Mai 2019 und die IV-ärztliche Konsiliumsberichte vom 9. Oktober 2019 und 14. Februar 2020 stütze. Des Weiteren würden laut IV-ärztlichem Konsiliumsbericht vom 23. September 2020 die im Beschwerdeverfahren eingereichten zusätzlichen Dokumente keine neuen medizinischen Gesichtspunkte enthalten. Die von Dr. L. \_\_\_\_\_ in psychiatrischer Hinsicht umschriebenen funktionellen Einschränkungen würden denjenigen gemäss interdisziplinärem Gutachten entsprechen. Eine Differenz ergebe sich einzig bei der Arbeitsfähigkeitseinschätzung. Hierbei sei der höhere Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens zu berücksichtigen (BVGer act. 19).

## **7.**

Unbestritten und aufgrund der vorliegenden Akten nicht zu beanstanden ist, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Küchenchef nicht mehr arbeitsfähig ist. Die Vorinstanz hat sodann im Wesentlichen gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 23. Mai 2019 erwogen, dass die Arbeitsunfähigkeit in einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit seit dem 18. August 2016 20 % betrage. Umstritten und zu überprüfen ist die vorinstanzliche Feststellung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und die Einschätzung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit. Ausgangspunkt dieser Prüfung bildet das interdisziplinäre Gutachten.

**7.1** Das interdisziplinäre Gutachten vom 23. Mai 2019 wurde durch entsprechend qualifizierte Fachärzte in den Disziplinen Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Otorhinolaryngologie erstellt. Es beruht grundsätzlich auf allseitigen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden abgegeben, was sich einerseits aus der chronologischen Auflistung und Zusammenfassung der Vorakten und andererseits aus den ausführlichen Anamneseerhebungen der Gutachter ergibt. Im Weiteren wurden in den Teilgutachten die jeweils festgestellten Untersuchungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen begründet. Schliesslich haben die Gutachter gemeinsam eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) abgegeben. Insgesamt erfüllt das bidisziplinäre Gutachten die formellen Kriterien für eine beweiswertige medizinische Expertise.

**7.2** Angesichts der psychiatrischen Diagnosen hat grundsätzlich ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143

V 409). Zu prüfen ist, ob mit Blick auf die bundesgerichtlichen Standardindikatoren die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlicher Sicht überzeugt.

**7.3** Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Der psychiatrische Gutachter hat als erste Diagnose Zykllothymie bei Verdacht auf leichte Intelligenzminderung mit anamnestisch rezidivierender depressiver Störung mit unklar schweren Episoden sowie mit psychogenen Dreh- und Schwankschwindelattacken und als zweite Diagnose akzentuierten Persönlichkeitszüge (histrionisch, ängstlich) gestellt. Diese Diagnosen lassen sich aufgrund der anamnestischen Angaben und der erhobenen Befunde nachvollziehen (act. 145 S. 42 ff.). So habe der Beschwerdeführer berichtet, aktuell würden noch ca. zweimal monatlich Kopfschmerzen auftreten. Manchmal trete ein kurz dauernder Schwankschwindel auf. Früher (in der Zeit seiner letzten Arbeitstätigkeit) habe er viel mehr Kopfschmerzen und einen Tinnitus gehabt. Auch sei er depressiv gewesen. Objektiv müsse von einer inadäquat gehobenen Stimmung von leicht submanischem Ausmass gesprochen werden. Die formalen Gedankengänge seien in sich kohärent und logisch, aber sehr einfach strukturiert. Das Denken sei langsam, aber ohne Hinweise auf Gedankensprünge, Gedankenabrisse, Gedankeneingebungen oder andere formale Denkstörungen. Die pathologische Ängstlichkeit passe zur klinisch beurteilten beschränkten mentalen Kapazität. Halluzinationen und das Bestehen eines paranoiden Systems werden verneint. Objektiv sei der Beschwerdeführer örtlich und zeitlich sowie autopsychisch voll orientiert und bei klarem Bewusstsein (vgl. act. 145 S. 43 ff.). Auch hat der psychiatrische Gutachter die von ihm erhobenen Befunde mit den Diagnosen der Voruntersucher (depressive Störung und Angststimmung) verglichen und ist zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer im affektiven Bereich eine sehr labile Persönlichkeit zu sein scheine, die in ihrer Affektivität im Sinne einer zyklothymen Störung auf und ab gehe (vgl. act. 145 S. 39 f., 44, 46). Dieses Auf und Ab wiederhole sich in den unterschiedlichen Befunden gemäss den früheren Berichten. Des Weiteren führte der Gutachter aus, die Affektivität sei sehr situationsabhängig, suggestibel und leicht steuerbar. Grundlage sei eine einfach strukturierte und wenig differenzierte Persönlichkeit, die klinisch-psychiatrisch beurteilt über ein relativ beschränktes intellektuelles Potenzial verfüge. Allerdings müsse in kritischer Weise angemerkt werden, dass der Beschwerdeführer immerhin die Normalschulen besucht und auch eine

Lehre als Metzger abschlossen habe (act. 145 S. 4). Es ist daher nicht ersichtlich und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht näher ausgeführt, inwiefern die gutachterliche Diagnosestellung den Akten widersprechen soll. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und deshalb dem medizinischen Sachverständigen praktisch immer ein gewisser Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration *lege artis* zu respektieren sind (vgl. Urteil des BGer 9C\_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1).

**7.4** Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung wurde von den Gutachtern nicht festgestellt. In den Akten sind hierfür auch keine Hinweise ersichtlich.

**7.5** Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidsbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.).

**7.5.1** Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» zu nennen. Der psychiatrische Gutachter wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer keinen Stress, komplexe Anforderung und Überforderungen ertrage. Hingegen könne er sich an einfache Regeln und Routinen ohne Weiteres anpassen, das zeige auch seine Tätigkeit zu Hause auf dem Bauernhof und mit den Pferden seiner Freundin. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei immer limitiert gewesen, auch hier seien Überforderungen zu vermeiden. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner einfach strukturierten Persönlichkeit und limitierten intellektuellen Leistungsfähigkeit in seiner Umstellungsfähigkeit und Flexibilität limitiert. Fachliche Kompetenzen könne er, soweit diese vorhanden seien, auch anwenden. Dies habe er auch in der Vergangenheit in seiner Tätigkeit als Koch und früher als Metzger gekonnt. Das Entscheidungs- und Urteilsvermögen sei im Rahmen seiner intellektuellen Leistungsfähigkeit gegeben, die Durchhaltefähigkeit werde leicht eingeschränkt durch die affektive Situation und den chronischen psychosomatischen Schwindel. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei ebenfalls leicht limitiert, es handle sich um eine selbstunsichere Persönlichkeit, die immer Mühe gehabt habe, sich selber zu behaupten, wobei er allerdings im Zusammenhang mit seiner Nichtarbeitstätigkeit seine Ziele, z.B. bezüglich Rentenansprüche sehr wohl verfolgen könne

(act. 145 S. 6 f., 47). Eigentliche soziale Belastungsfaktoren würden nicht bestehen (act. 145 S. 7).

**7.5.2** «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz», also Verlauf und Ausgang von Therapien, stellen wichtige Schweregradindikatoren dar (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Hierzu ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach dem Zusammenbruch Ende 2015 medikamentös behandelt worden und in der Folge bereits im Januar 2016 eine Besserung eingetreten ist (act. 8; 10). Eine Psychotherapie lehnte er gemäss Bericht vom 29. März 2016 des Neurologen Dr. D.\_\_\_\_\_ jedoch ab (act. 21). Vom 6. Juli bis 17. August 2016 absolvierte er dann aber eine stationäre Rehabilitation im Zentrum für psychosoziale Gesundheit F.\_\_\_\_\_, deren Verlauf positiv war, wobei ein Wiederholungsaufenthalt, die psychophysische Schonung sowie eine Psychotherapie empfohlen wurden (act. 29). Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter erklärte der Beschwerdeführer, dass ihm das Medikament Seropram helfe, bei guter Stimmung zu sein, und er mit dem Medikament Seroquel gut schlafe (act. 145 S. 43).

**7.5.3** Unter dem Aspekt der «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Im vorliegenden Fall haben die Gutachter in somatischer Hinsicht keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten Einschränkungen festgestellt.

**7.5.4** Mit Blick auf den Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen, persönliche Ressourcen) führte der psychiatrische Gutachter aus, beim Beschwerdeführer handle es sich um eine einfach strukturierte und wenig differenzierte Persönlichkeit, bei der auch klinisch der dringende Verdacht auf eine leichte intellektuelle Minderbegabung bestehe. Immerhin habe er aber in Österreich die normalen Schulen besuchen können und eine Lehre abgeschlossen. Im Weiteren habe er auch viele Jahre als Metzger und als Koch gearbeitet. Es finde sich eine leicht histrionisch und ängstlich strukturierte Persönlichkeit, die gewisse Mühe habe, schwierige Lebensprobleme adäquat zu bewältigen. Die einfache Persönlichkeit zeige sich auch im Rahmen der Verdachtsdiagnose einer wahnhaften Störung, bei der es sich nicht um einen Wahn, sondern vielmehr um Ausdruck seiner Selbstunsicherheit handle mit einer paranoiden Interpretation befürchteter negativer Reaktionen der Umgebung auf seine Nichtarbeitstätigkeit, das heisst um Projektion eigener Selbstzweifel auf andere. Konkret befürchte er, andere Leute

könnten ihn als Faulpelz ansehen, da er nicht einer regelmässigen Arbeit nachgehe (act. 145 S. 7, 47).

**7.5.5** Unter dem Komplex «sozialer Kontext» ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer laut Gutachten in seiner Kontaktfähigkeit zu Dritten nicht eingeschränkt sei. Damit seien auch nicht die Gruppenfähigkeit und die Fähigkeit zu persönlichen, familiären und intimen Beziehungen eingeschränkt. Auch die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei nicht eingeschränkt (act. 145 S. 7, 47). Der Beschwerdeführer wohne auf einem kleinen Bauernhof mit seinem Vater und habe seit mehreren Jahren eine Lebensgefährtin (act. 145 S. 21). Er ist demnach in der Lage partnerschaftliche und familiäre Beziehungen zu führen. Auch habe er seine an Krebs erkrankte Mutter bis zu ihrem Tod im März 2019 über Monate hinweg gepflegt (act. 145 S. 40). Des Weiteren gab der Beschwerdeführer an, er habe viele und gute Kontakte, auch würde ihm seine gegenwärtige Freundin viel helfen bei Kontakten mit anderen Menschen (act. 145 S. 43). Gegen die grundsätzlich erhaltene Kontaktfähigkeit spricht auch nicht der Umstand, dass der Beschwerdeführer – wie er beschwerdeweise vorgebracht hat – zurückgezogen lebe.

**7.6** In die Kategorie «Konsistenz» fallen verhaltensbezogene Gesichtspunkte (BGE 141 V 281 E. 4.4).

**7.6.1** Der Indikator einer «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer für sich und seinen Vater die Mahlzeiten vorbereite. Die Körperpflege erledige er selbst. Er übernehme Tätigkeiten im Haushalt und im Stall. Er helfe auch seiner Freundin bei der Betreuung der Pferde. Als Hobbies gab er an, zu Wandern und Ski zu fahren, ferner könne er am Wochenende ab und zu bei seiner Freundin auf der Kutsche mitfahren. Auch fahre er Auto und habe einen eigenen Personenwagen (act. 145 S. 22).

**7.6.2** Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen «Leidensdruck» hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer vom 6. Juli bis 17. August 2016 eine stationäre Rehabilitation absolviert hat (act. 29). Des

Weiteren ist der Beschwerdeführer seit September 2016 einmal wöchentlich bei der Psychologin Mag. G. \_\_\_\_\_ in der Psychotherapie (act. 54). Seit April 2018 besucht er zudem ca. alle sechs Wochen die Psychiaterin Dr. K. \_\_\_\_\_ (vgl. act. 145 S. 46 f.). Schliesslich nimmt er regelmässig ein Antidepressivum und ein Schlafmedikament ein (act. 145 S. 45).

**7.7** Nach dem Gesagten ist insgesamt von einem geringen funktionellen Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auszugehen, was sich letztlich auch in den eigenen Angaben des Beschwerdeführers widerspiegelt. So ist er in der Lage, seine Selbstpflege zu besorgen, Frühstück, Mittag- und Abendessen für sich und seinen Vater vorzubereiten, Tätigkeiten im Haushalt und auf dem väterlichen Hof zu übernehmen, bei der Pflege der Pferde seiner Freundin zu helfen, Spazieren oder Wandern zu gehen, Ski zu fahren und auch Auto zu fahren. Sodann zeugen die in Anspruch genommenen Therapien und Behandlungen von einem gewissen Leidensdruck. Gleichzeitig ist aber auch der positive Verlauf derselben festzuhalten. So hatte die antidepressive Medikation schon im Januar 2016, also kurze Zeit nach dem Zusammenbruch Ende 2015, eine Besserung zur Folge. Auch konnte der Beschwerdeführer von der stationären Rehabilitation Mitte 2016, anlässlich welcher die paranoide Bereitschaft verschwand und lediglich von einer subdepressiven Stimmung die Rede war, profitieren. Ferner gab der Beschwerdeführer selbst an, seine Beschwerden hätten sich insgesamt deutlich gebessert, seit er nicht mehr arbeite. Vor diesem Hintergrund erweist sich die Aussage der behandelnden Psychiaterin Dr. K. \_\_\_\_\_ in ihrem kurzen Bericht vom 11. Februar 2020, wonach sämtliche bisherigen Therapiemassnahmen zu keiner Verbesserung geführt haben sollen, nicht nachvollziehbar. Sodann wirken sich die somatischen Diagnosen nicht auf die funktionelle Leistungsfähigkeit aus und stellen demzufolge keine ressourcenhemmenden Komorbiditäten dar. Schliesslich sprechen auch die Fähigkeit zur Führung langjähriger partnerschaftlicher und familiärer Beziehungen, die grundsätzlich erhaltene Kontaktfähigkeit sowie die Fähigkeit zur Alltagsbewältigung und Alltagsgestaltung für einen geringen Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigung.

**7.8** Die Gutachter kamen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Küchenchef überfordert und seit dem Zusammenbruch Ende 2015 nicht mehr einsatzfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit, die ohne Stress ausgeübt werden könne, sei er aus rein psychiatrischer Sicht zu 20 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. In somatischer Hinsicht würden sich einzig hinsichtlich Tätigkeiten mit Sturzgefahr

und hohen akustischen Anforderungen Einschränkungen ergeben; im Übrigen sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Angesichts des geringen Schweregrades des diagnostizierten Gesundheitsschadens ohne ressourcenhemmende Komorbiditäten, des grundsätzlich positiven Behandlungsverlaufs mit einer nicht nur während des stationären Rehabilitationsaufenthalts Mitte 2016, sondern bereits im Januar 2016 aufgrund eingenommener Medikamente dokumentierten Besserung, der erhaltenen Kontaktfähigkeit zu Dritten, der selbständigen Alltagsgestaltung inklusive der Mithilfe auf dem Hof des Vaters und der Mithilfe bei der Pflege der Pferde der Lebensgefährtin sowie dem Fehlen sozialer Belastungsfaktoren ist diese Einschätzung nachvollziehbar und daher nicht zu beanstanden.

**7.9** Betreffend Verlauf der Arbeitsunfähigkeit ist Folgendes auszuführen:

**7.9.1** Zur rückwirkenden Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit wiesen die Gutachter darauf hin, dass diese ohne eigene zeitnahe Untersuchung grundsätzlich schwierig sei. Im vorliegenden Fall komme dazu, dass in den Akten die depressiven Phasen des Beschwerdeführers nicht quantifiziert und nur unscharf dokumentiert worden seien. Aufgrund der aktuell feststellbaren Befunde sei von einem fluktuierenden Verlauf auszugehen. Dieser Verlauf sei bezüglich der psychischen bzw. affektiven Reaktionen des Beschwerdeführers abhängig von Überlastungssituationen, mitbedingt und mitverursacht durch seine reduzierte intellektuelle Leistungsfähigkeit. Die akute Belastungssituation sei nach Krankschreibung und damit Vermeidung von Stresssituationen behoben, sodass es dem Beschwerdeführer wahrscheinlich auch besser gehe als zum Zeitpunkt seines Burn-out-Syndroms. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, wie bisher attestiert, könne aber aufgrund der erhobenen Befunde nicht bestätigt werden. Die Gutachter gehen davon aus, dass der Beschwerdeführer nach seinem Zusammenbruch für ca. drei bis maximal sechs Monate, namentlich bis April 2016, vollständig arbeitsunfähig gewesen sei und ab dann die von ihnen begründete Einschränkung Gültigkeit habe (act. 145 S. 10 f.).

**7.9.2** Die Vorinstanz geht mangels anderweitiger Hinweise erst nach Austritt aus der stationären Rehabilitation, mithin ab 18. August 2016 von einer Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers aus. Diese von der gutachterlichen Einschätzung abweichende Einschätzung erscheint aufgrund der Aktenlage nachvollziehbar und gerechtfertigt. So war insbesondere anlässlich der stationären Rehabilitation im Juli/August 2016 lediglich von einer subdepressiven Stimmung und von einer verschwundenen paranoiden Bereitschaft die Rede. Ferner war der von Dr. D. \_\_\_\_\_

mit Bericht vom 24. August 2016 festgestellte Status in neurologischer und psychopathologischer Hinsicht unauffällig.

**7.9.3** Aus den übrigen vorliegenden Berichten der behandelnden Ärzte und Therapeuten sowie den österreichischen Fachgutachten vermag der Beschwerdeführer nichts für sich abzuleiten, da diese – soweit sie sich überhaupt zur Arbeits- oder Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers äussern – den beweisrechtlichen Anforderungen ohnehin nicht genügen und namentlich hinsichtlich der zwingend durchzuführenden Indikatorenprüfung unvollständig sind. Überdies kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. Urteil des BGer 8C\_653/2019 vom 8. Januar 2019 E. 4.2 m.H.). Abschliessend ist anzumerken, dass das Fachgutachten von Dr. L. \_\_\_\_\_ – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – im Ergebnis nicht gegen die vorinstanzliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit spricht. Denn Dr. L. \_\_\_\_\_ mutet dem Beschwerdeführer «zumindest leichte bis halbezeitig mittelschwere Arbeiten» zu, wobei sich nach dem Wortlaut «halbezeitig» ausschliesslich auf mittelschwere Arbeiten bezieht. Zudem schliesst sich Dr. L. \_\_\_\_\_ der Beurteilung des Psychiaters Dr. N. \_\_\_\_\_ an, wonach der Beschwerdeführer arbeitsfähig sei, wobei ihm allenfalls noch eine gewisse Stabilität fehle und ihm daher nur fallweise Arbeiten unter besonderem Zeitdruck möglich seien.

**7.10** Aus den Berichten von Dr. K. \_\_\_\_\_, die erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2020 erstellt worden sind, kann der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren nichts für sich ableiten. Soweit sich aus diesen Berichten allfällige Anhaltspunkte für Änderungen des Sachverhalts bzw. des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit dem 5. März 2020 ergeben sollten, so wären diese im Rahmen einer neuen Verwaltungsverfügung zu prüfen (vgl. E. 3.1 vorstehend).

**7.11** Von den vom Beschwerdeführer (eventualiter) beantragten Einholung weiterer Berichte der behandelnden Ärzte und Therapeuten sowie der Durchführung weiterer Abklärungen kann vorliegend in antizipierter Beweiswürdigung abgesehen werden, da der Sachverhalt aufgrund der Aktenlage genügend abgeklärt ist und daher von zusätzlichen Berichten und Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 134 I 140 E. 5.3 m.H.).

**7.12** Nach dem Gesagten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine

angestammte Tätigkeit als Küchenchef seit seinem Zusammenbruch Ende November 2015 nicht mehr ausüben kann. Hingegen ist ihm eine angepasste Tätigkeit ab 18. August 2016 im Umfang von 80 % zumutbar.

**7.13** Diese verbleibende Restarbeitsfähigkeit ist auch verwertbar. So war der Beschwerdeführer in dem für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit massgebenden Zeitpunkt (der Fertigstellung des interdisziplinären Gutachtens am 29. Mai 2019) rund 54 Jahre alt. Bis zum Erreichen des AHV-Pensionsalters verbleibt ihm somit noch eine beträchtliche Aktivitätsdauer von rund 12 Jahren. Ausserdem unterliegen die Anforderungen an zumutbare Tätigkeiten nicht so vielen Einschränkungen, dass eine Anstellung nicht mehr als realistisch erscheint (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.4).

## **8.**

Nachfolgend ist die Invalidität zu bemessen und der daraus resultierende Invaliditätsgrad zu bestimmen.

**8.1** Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). 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 zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C\_61 vom 23. März 2018 E. 6.1). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen-

und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

**8.2** Die massgebliche Rentenmeldung des Beschwerdeführers datiert vom 10. März 2016 (act. 1 S. 7). Ein allfälliger Rentenanspruch würde vorliegend nach Erfüllung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG frühestens im November 2016 entstehen.

**8.3** Die Vorinstanz hat den Einkommensvergleich anhand der Tabellenlöhne gemäss LSE 2016 vorgenommen.

**8.3.1** Für das Valideneinkommen ist sie vom monatlichen Bruttolohn in der Schweiz für 40 Stunden/Woche für Männer in der Branche Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie, Kompetenzniveau 3, von Fr. 5'332.– ausgegangen (vgl. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Lohnniveau – Schweiz > privater und öffentlicher Sektor > Download Tabelle > Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level; abgerufen am 12.05.2021). Umgerechnet auf die branchenüblichen 42.4 Arbeitsstunden pro Woche im Jahr 2016 errechnete sie einen Validenlohn von Fr. 5'651.92 (vgl. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit > Arbeitszeit > Normalarbeitsstunden gemäss der Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit > Download Tabelle > Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche; abgerufen am 12.05.2021).

**8.3.2** Für das Invalideneinkommen ist die Vorinstanz aufgrund der grossen Anzahl an einfachen und repetitiven Tätigkeiten in den Bereichen Produktion und Dienstleistungen davon ausgegangen, dass einige dieser Tätigkeiten an die Einschränkung des Beschwerdeführers angepasst seien, und hat auf die LSE 2016, Tabelle TA1, Totalwert Männer, Kompetenzniveau 1, abgestellt. Der entsprechende Wert im privaten Sektor beläuft sich auf monatlich brutto Fr. 5'340.– bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden. Unter Umrechnung dieses standardisierten monatlichen Einkommens auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2016 resultierte ein hypothetisches Invalideneinkommen von monatlich Fr. 5'566.95.– bzw. bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % von Fr. 4'453.56.

**8.3.3** Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden und wird vom Beschwerdeführer auch nicht in Frage gestellt. Umstritten ist hingegen die Höhe des leidensbedingten Abzugs. Darauf ist im Folgenden näher einzugehen.

**8.4** Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C\_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

**8.4.1** Die Vorinstanz hat unter Berücksichtigung aller persönlichen und beruflichen Umstände, insbesondere den funktionellen Einschränkungen verbunden mit dem Gesundheitsschaden, dem Alter (51 Jahre [Anmerkung: im Jahr 2016]), der bestehenden Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten (80 %) einen Abzug von 15 % gewährt (act. 162 S. 2). Demgegenüber fordert der Beschwerdeführer einen leidensbedingten Abzug von 25 % und macht geltend, er sei mit seinem psychischen Rucksack und damit seinen leidensbedingten Einschränkungen, seinem anerkannten verminderten Rendement pro Zeiteinheit, der bald fünfjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und der reduzierten Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu einem gesunden Arbeitnehmer ganz offensichtlich massgeblich eingeschränkt (BVGer act. 1 Rz. 14).

**8.4.2** Der Beschwerdeführer war im Verfügungszeitpunkt 55 Jahre alt. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben (vgl. Urteile des BGer 8C\_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2; 8C\_552/2017 vom 18. Januar 2018 E. 5.4.1). Sodann gilt die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt nach der Rechtsprechung zum leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn auf Seiten des Invalideneinkommens als nicht relevant (vgl. Urteil des BGer 8C\_166/2017 vom 3. Juli 2017 E. 6 m.H.). Zudem spielt das Kriterium der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt gerade

bei Hilfsarbeiten im untersten Kompetenzniveau nur eine unbedeutende Rolle und vermag einen Abzug nicht zu rechtfertigen (vgl. Urteil des BGer 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.3). Schliesslich ist zu beachten, dass die gesundheitlichen Einschränkungen bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden sind und daher nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfliessen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (vgl. Urteile des BGer 9C\_833/2017 vom 20. April 2018 E. 2.2; 9C\_217/2017 vom 21. Dezember 2017 E. 4.2). Hinzu kommt, dass der Tabellenlohn gemäss der LSE-Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst und die leidensbedingten Einschränkung insofern auch bei der Festsetzung des Invalideneinkommens berücksichtigt werden (vgl. Urteil des BGer 9C\_830/2017 vom 16. März 2018 E. 5).

**8.4.3** Unter Berücksichtigung der gesamten Umstände erscheint im vorliegenden Fall der von der Vorinstanz gewährte Leidensabzug von 15 % zwar grosszügig, aber noch vertretbar. Ein darüberhinausgehender Abzug ist mit Blick auf die Rechtsprechung zum leidensbedingten Abzug jedoch keinesfalls gerechtfertigt.

**8.5** Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt unter Berücksichtigung des von der Vorinstanz gewährten Leidensabzugs von 15 % eine Einkommenseinbusse von monatlich Fr. 1'866.39 (Fr. 5'651.92 - Fr. 3'785.52) und damit einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 33 %.

**8.6** Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass eine medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten ist (vgl. Urteile des BGer 9C\_508/2016 vom 21. November 2016 E. 6.1; 8C\_348/2013 vom 19. September 2013 E. 6.3). Hinzu kommt, dass die Rechtsprechung, wonach bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bzw. der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Rente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als 15 Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind (vgl. BGE 145 V 209), im vorliegenden Fall mangels eines Rentenanspruchs des Beschwerdeführers nicht einschlägig ist. Abgesehen davon hätte der Beschwerdeführer aufgrund fehlender Versicherteneigenschaft formell ohnehin keinen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Art. 9 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG; BGE 145 V 266 E. 4.2).

**9.**

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 5. März 2020 zu bestätigen ist.

**10.**

**10.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen. Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden. Der Restbetrag von Fr. 53.60 ist dem Beschwerdeführer nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten.

**10.2** Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:****1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet. Der Restbetrag von Fr. 53.60 wird dem Beschwerdeführer nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular «Zahl-  
adresse»)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

David Weiss

Tania Sutter

**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 Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: