



## Urteil vom 30. August 2017

---

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),  
Richterin Franziska Schneider,  
Richter Christoph Rohrer,  
Gerichtsschreiberin Tania Sutter.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch Beate Bruy, Rechtsanwältin,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,  
Verfügung vom 14. Dezember 2015.

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

**A.a** Der am (...) 1952 geborene, deutsche Staatsangehörige A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war in den Jahren 1987 bis 1992 und 1995 in der Schweiz erwerbstätig und leistete während insgesamt 75 Monaten Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vgl. Akten der Vorinstanz [act.] 2, 16 S. 2, 164). Zuletzt arbeitete er in der Zeit vom 1. Juli 1995 bis zu seiner betriebsbedingten Entlassung am 30. Juni 2008 als Automatenaufsteller, Kundenbetreuer, Kassier und Monteur in Deutschland (vgl. act. 26 S. 3 f., 45).

**A.b** Am 27. November 2008 stellte der Beschwerdeführer beim deutschen Sozialversicherungsträger zuhanden der IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (nachfolgend: Vorinstanz) einen Antrag zum Bezug von IV-Leistungen bei der Schweizerischen Ausgleichskasse. Dabei gab er an, an Rückenbeschwerden, Prostatahyperplasie, Depressionen, Nervenschädigungen sowie Schlafproblemen zu leiden (act. 3 S. 6 und 10).

**A.c** Mit Verfügung vom 3. November 2009 wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab (act. 48). Die vom Beschwerdeführer dagegen erhobene Beschwerde wurde mit erstem Urteil des BVGer C-7220/2009 vom 25. Januar 2012 insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 3. November 2009 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde, damit diese die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen vornehme (act. 53). Im Einzelnen hielt das Bundesverwaltungsgericht insbesondere fest, es lasse sich nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit feststellen, ob der angestammte Beruf als leichte, mittelschwere oder schwere Tätigkeit einzustufen sei (act. 53 S. 19).

**A.d** Nach Durchführung weiterer Abklärungen wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 30. Mai 2013 erneut ab (act. 125). Die vom Beschwerdeführer dagegen erhobene Beschwerde wurde mit zweitem Urteil des BVGer C-3913/2013 vom 27. März 2014 insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 30. Mai 2013 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde. Im Einzelnen hielt das Bundesverwaltungsgericht insbesondere fest, ohne ein polydisziplinäres Gutachten könne aufgrund der unvollständigen, teils widersprüchlichen medizinischen Aktenlage nicht beurteilt werden, ob die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers invalidisierend seien (act. 139).

**A.e** Nach Beizug des Fragebogens für den Versicherten (act. 145 S. 1 ff.), des Fragebogens für den Arbeitgeber (act. 91 = 145 S. 6 f.) sowie nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (act. 162) führte die Vorinstanz das Vorbescheidverfahren durch (vgl. act. 166 ff.) und wies in der Folge das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 14. Dezember 2015 erneut ab (act. 198).

**A.f** Seit dem 1. Dezember 2015 bezieht der Beschwerdeführer eine ordentliche Altersrente bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (act. 192).

## **B.**

**B.a** Gegen die Verfügung vom 14. Dezember 2015 erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 15. Januar 2016 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte die Gewährung einer Invalidenrente für einen Invaliditätsgrad von mindestens 70 % ab dem 27. November 2008. Ferner beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung durch Rechtsanwältin Beate Bruy (vgl. Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer act.] 1).

**B.b** Mit Eingabe vom 3. März 2016 wurde dem Bundesverwaltungsgericht zudem das Gesuch des Beschwerdeführers vom 29. Februar 2016 um unentgeltliche Rechtspflege übermittelt (BVGer act. 5).

## **C.**

Mit Vernehmlassung vom 5. Februar 2016 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 3).

## **D.**

Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 26. April 2016 an seiner Beschwerde fest und beantragte zudem die Einholung eines Obergutachtens (BVGer act. 9).

## **E.**

Die Vorinstanz hielt mit Eingabe vom 3. Mai 2016 unter Verweis auf ihre Vernehmlassung vom 5. Februar 2016 an ihren Anträgen auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung fest (BVGer act. 11).

## **F.**

Mit Instruktionsverfügung vom 10. Mai 2016 wurde der Schriftenwechsel

unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen abgeschlossen (BVGer act. 12).

#### **G.**

Mit Zwischenverfügung vom 20. Dezember 2016 wurden die Gesuche um unentgeltliche Rechtspflege sowie Verbeiständung gutgeheissen und dem Beschwerdeführer wurde Rechtsanwältin Beate Bruy als amtlich bestellte Anwältin beigeordnet (BVGer act. 18).

#### **H.**

Auf die Ausführungen der Parteien und die Beweismittel ist, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen einzugehen.

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

#### **1.**

Das Bundesverwaltungsgericht 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]). Somit ist auf die – unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 18. Dezember bis und mit 2. Januar (Art. 38 Abs. 4 Bst. c ATSG) – frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 15. Januar 2016 einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

#### **2.**

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

**2.2** Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C\_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

**2.3** Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C\_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **3.**

**3.1** Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der Schweiz erwerbstätig (act. 2, 164). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

**3.2** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 14. Dezember 2015 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.

### **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). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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; Art. 16 ATSG).

**4.2** Anspruch auf eine Rente haben laut Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung vom 6. Oktober 2006 [5. IV-Revision]) 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). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung [5. IV-Revision]), soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gegeben, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (vgl. FZA und dazugehörige Verordnungen). Die Regelung in Art. 29 Abs. 4 IVG stellt nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

**4.3** 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 Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

**4.4** 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 medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, 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 zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls 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. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

## 5.

Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer eine rentenbegründende Invalidität vorliegt.

**5.1** Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde vom 15. Januar 2016 eine Einschränkung seiner Erwerbsfähigkeit von 100 % durch folgende Leiden geltend: Mittlere Depression mit Traumatisierung und Anpassungsstörung am Arbeitsplatz (ICD-10 F33.1, F43.1); Lumbalgie bei Iliosakralgelenksirritation, chronisch und rezidivierend; Interskapulago rechts; HWS Schulter-Arm-Syndrom rechts; absolute Spinalkanalstenose bei L3/L4 (ICD-10 M48.09); chronische Schmerzsymptomatik bei mediolateralem rechtsseitigem Prolaps L5/S1 (ICD-10 F45.41); S-förmige Skoliose; rezidivierende Prostatitis; Cholezystolithiasis (BVGer act. 1 S. 4). Von Seiten der Vorinstanz habe er keinerlei Angebote zur Rehabilitation und Wiedereingliederung erhalten (BVGer act. 1 S. 3, 9). Sodann habe die Vorinstanz ein polydisziplinäres Gutachten erstellt und komme zum Ergebnis, dass der Beschwerdeführer zu 100 % erwerbsfähig sei. Dabei habe sie die Ergebnisse des Entlassungsberichts der Klinik B.\_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2013 vollumfänglich ausser Acht gelassen (BVGer act. 1 S. 5). Weiter monierte der Beschwerdeführer, aus dem polydisziplinären Gutachten würden sich die gleichen medizinischen Ergebnisse ergeben, wie sie auch die deutschen Ärzte ermittelt hätten. Jedoch seien die Rückschlüsse der schweizerischen Ärzte auf die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers genau konträr und es werde ihm eine Aggravation unterstellt (BVGer act. 1 S. 6). Ferner seien dem Beschwerdeführer während der Begutachtung zu kurze Pausen zwischen den Untersuchungen gewährt worden, nämlich lediglich 1 ½ Stunden, obwohl er dies verlangt habe. Schliesslich sei im Gutachten nicht klar, zu welchem Zeitpunkt die Leistungsbeurteilung erfolgt sei bzw. für welche Zeiträume. Es würde keinerlei Abstufung der Arbeitsunfähigkeitszeiten bzw. Erwerbsunfähigkeitszeiten vorliegen, sondern es werde ein Zeitraum von 2008 bis 2015 pauschal beurteilt (BVGer act. 1 S. 9).

Replikweise beantragte der Beschwerdeführer die Veranlassung eines Obergutachtens und führte aus, die Therapieoptionen seien vollständig ausgeschöpft und eine Besserung sei nicht zu erwarten. Im Gutachten sei nicht berücksichtigt worden, dass der Beschwerdeführer schwere Lasten (20–70 kg) habe tragen müssen, stundenlang im Kraftfahrzeug habe sitzen müssen und bereits während des bestehenden Arbeitsverhältnisses aufgrund der Leistungseinschränkungen ab 1. Januar 2004 die Wochenarbeitszeit von 42.5 Stunden auf 34 Stunden reduziert habe. Weiter habe die Vorinstanz die Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2015 und

von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2015 vollständig ausser Acht gelassen. Zudem leide der Beschwerdeführer an einer Spinalkanalstenose, deren Beschwerden bislang nicht hätten stabilisiert werden können (BVGer act. 9 S. 2 f.).

**5.2** Im ersten Beschwerdeverfahren C-7220/2009 blieb aufgrund der divergierenden Angaben der Arbeitgeberin und des Beschwerdeführers unklar, ob der angestammte Beruf bzw. die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als leichte, mittelschwere oder schwere Tätigkeit einzustufen sei (vgl. Urteil C-7220/2009 E. 5.4.2).

**5.2.1** Im Fragebogen vom 8. Juni 2009 hatte die Arbeitgeberin die vom Beschwerdeführer ausgeübte Tätigkeit mit Kundenbetreuung und Kassier umschrieben. Es habe sich dabei um eine *leichte* Tätigkeit gehandelt und der Beschwerdeführer habe zuletzt 34 Stunden pro Woche gearbeitet (act. 26 S. 6). Demgegenüber hatte der Beschwerdeführer von Beginn an geltend gemacht, als Automatenaufsteller (Kassier und Monteur) tätig gewesen zu sein. Dabei habe er lange Autofahrten absolvieren sowie Gewichte zwischen 50 kg und 70 kg heben und tragen müssen (vgl. Urteil C-7220/2009 E. 5.4.1; act. 3 S. 11, 40 S. 2). Auch im aktuellen Verfahren machte er geltend, er habe regelmässig Automaten mit bis zu 70 kg tragen müssen (vgl. BVGer act. 1 S. 3).

**5.2.2** In der Folge befragte die Vorinstanz die Arbeitgeberin erneut mittels Fragebogen. Gemäss Angaben der Arbeitgeberin vom 18. Juli 2012 sei der Beschwerdeführer am 1. Juli 1995 in die Firma eingetreten. Der Austritt per 30. Juni 2008 sei erfolgt, weil die Tätigkeit nicht mehr in Vollzeit habe erbracht werden können. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens habe der Beschwerdeführer Tätigkeiten als Gebietsleiter, Kundenbetreuer, Kassierer und Monteur ausgeübt. Es habe sich um eine *schwere* Tätigkeit gehandelt. Zudem wurde der Arbeitsplatz wegen des Stresses aufgrund der Spieler in den Gastronomiebetrieben als ungünstig bezeichnet. Der Beschwerdeführer habe die Tätigkeit bis zum 31. Dezember 2003 voll ausüben können. Aufgrund der reduzierten Arbeitszeit hätten Krankheitszeiten vermieden werden können (act. 91 = 145 S. 6 f.).

**5.2.3** Die Vorinstanz stellte sodann mit Schreiben vom 1. Oktober 2015 ergänzende Fragen bezüglich der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers (act. 189). Daraufhin gab die Arbeitgeberin mit Schreiben vom 30. November 2015 an, die Tätigkeit habe teilweise eine körperlich schwere Tätigkeit dargestellt, da gelegentlich Spielgeräte hätten ausgetauscht werden

müssen, und es habe sich nicht um Arbeit mit häufiger Zwangshaltung der Wirbelsäule gehandelt (act. 195). Ferner wurde die individuelle Tätigkeit mittels Formular wie folgt beschrieben: Geldtransport und -auffüllung, Instandhaltung der Spielstätten, Beseitigung von Störungen und Unregelmässigkeiten am Automaten, Mitwirkung im Gewährleistungs- und Ersatzteilmanagement, Durchführung von Funktionskontrollen, Automatenabrechnungen und Kassenabschlüsse. All diese Tätigkeiten seien pro Tag *manchmal* (6–33 % oder ½ bis ca. 3 Stunden) ausgeübt worden. Als körperliche Belastungen wurden wiederum jeweils mit der Häufigkeit *manchmal* Sitzen, Gehen, Stehen sowie Heben und Tragen (leicht 0–10 kg und mittelschwer 10–25 kg) genannt. Das schwere Heben und Tragen von über 25 kg sei *selten* (1–5 % oder bis ca. ½ Stunde) gewesen. Die Anforderungen an die Konzentration/Aufmerksamkeit und Sorgfalt seien gross gewesen, diejenigen an das Durchhaltevermögen und das Auffassungsvermögen mittel (act. 196).

**5.2.4** Der Beschwerdeführer machte geltend, er habe regelmässig Automaten mit bis zu 70 kg tragen müssen. Der Arbeitgeber hat mit Fragebogen vom 18. Juli 2012 die ausgeübten Funktionen als Gebietsleiter, Kundenbetreuer, Kassierer und Monteur als schwere Tätigkeiten qualifiziert. Im Formular vom 30. November 2015 wird das Heben oder Tragen schwerer Lasten, d.h. mehr als 25 kg vom Arbeitgeber als seltene Tätigkeit im Umfang von 1–5 % oder bis ca. ½ Stunde täglich angegeben. Auf die konkrete Frage, ob es sich um körperlich häufig schwere Tätigkeit gehandelt habe, führte der Arbeitgeber sinngemäss aus, die Tätigkeit habe teilweise eine körperlich schwere Tätigkeit dargestellt, da gelegentlich Spielgeräte hätten ausgetauscht werden müssen. Aus den Angaben des Beschwerdeführers müsste somit der regelmässige Austausch von schweren Spielgeräten gefolgert werden, während aus den Angaben des Arbeitgebers der Ersatz und Transport von schweren Spielautomaten eine Ausnahmesituation dargestellt hat. Im Fragebogen vom 9. Juni 2009 hatte der Arbeitgeber die vom Beschwerdeführer ausgeübte Tätigkeit noch mit Kundenbetreuer und Kassier umschrieben und dies als leichte Arbeit qualifiziert. Mit Blick auf den Umstand, dass alte Geräte durch neue Modelle ersetzt werden und gewisse Reparatur- und Wartungsarbeiten auch nicht direkt vor Ort durchgeführt werden können oder sich eine aufwändigere Reparatur auch nicht mehr lohnen kann, scheint es im vorliegenden Fall sachgerecht, auf die differenziertere und präzisere Stellenbeschreibung des Arbeitgebers vom 30. November 2015 abzustellen. Demnach umfasste die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers auch schwere Tätigkeiten, wie namentlich die Montage neuer Spielautomaten oder den Austausch defekter Geräte. Das

Heben oder Tragen von schweren Lasten über 25 kg gehörte jedoch nicht zu den Hauptaufgaben des Beschwerdeführers und war im Vergleich zu den übrigen Aufgaben nur gelegentlich erforderlich. Somit ist die bisherige Tätigkeit als überwiegend leicht bis mittelschwer einzustufen, wobei teilweise auch das schwere Heben oder Tragen von über 25 kg erforderlich war.

**5.3** Im zweiten Beschwerdeverfahren C-3913/2013 führte das Bundesverwaltungsgericht aus, es sei ohne ein polydisziplinäres Gutachten nicht in der Lage, zu beurteilen, ob die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers invalidisierend seien.

**5.3.1** In der Folge holte die Vorinstanz bei der Institution E. \_\_\_\_\_ das vom 17. Februar 2015 datierende polydisziplinäre Gutachten ein (act. 162). Hierfür wurde der Beschwerdeführer am 30. September 2014 durch Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Neurologie FMH, Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Med. pract. I. \_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Mag. rer. nat. J. \_\_\_\_\_, Neuropsychologie, sowie Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, untersucht und begutachtet.

**5.3.1.1** Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden degenerative Alterationen der lumbalen Wirbelsäule mit geringgradigem klinischem Befund-Korrelat genannt. Des Weiteren wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Restzustand einer leichtgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0); wahrscheinliche arterielle Hypertonie; rechts-links-konvexe thorakolumbale Skoliose ohne behinderungsrelevantes klinisches Korrelat; Verdacht auf Blockierung des Kostotransversalgelenks 7 rechts ohne behinderungsrelevantes klinisches Korrelat; ISG-Arthrose beidseits, ohne behinderungsrelevantes klinisches Korrelat; Acromioclaviculargelenksarthrose beidseits ohne behinderungsrelevantes klinisches Korrelat (act. 162 S. 57 f.).

**5.3.1.2** In internistischer Hinsicht führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus, die Befunde würden erhöhte Blutdruckwerte zeigen. Im Übrigen sei der Befund ohne Anhalt für eine namhafte internistische Erkrankung gewesen. Eine internistische Diagnose mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei nicht evident. Auch sei keine die Arbeitsfähigkeit mindernde internistische Erkrankung aktenkundig (act. 162 S. 21).

**5.3.1.3** Gemäss der neurologischen Beurteilung von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ ergebe der erhobene Untersuchungsbefund biologisch nicht plausibel zuzuordnende sensible Angaben, eine deutliche Diskrepanz zwischen der reklamierten Schmerzintensität und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck, eine freie spontane Mobilität und eine im klinischen Befund nicht gestörte Kognition. Das MRI (Magnetic Resonance Imaging) der Lendenwirbelsäule vom 6. Februar 2013 zeige eine Spinalkanalstenose in Höhe LWK3/4. Jedoch sei dieser bildmorphologische Befund nach schulmedizinischer Regel ohne eigenständigen Krankheitswert und nur im Kontext des klinischen Befunds sinnvoll interpretierbar. Angesichts des hiesigen Befunds und der anamnestischen Angabe einer Gehstrecke von mehr als einem Kilometer könne hier also aus Sicht des Gutachters keine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten (wechselbelastenden, nicht überwiegend schweren) Tätigkeit resultieren. Die aktendokumentierten Befunde des nervenärztlichen Gutachtes vom November 2013 von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ sei nicht reproduzierbar und nicht nachvollziehbar. Die Diagnose einer *sowohl axonalen als auch leicht demyelinisierenden Schädigung des peripher motorischen Neurons, vereinbar mit einer metabolisch bedingten Polyneuropathie* sei bei fehlenden Angaben zu den MSAP-Amplituden und einer (ungewöhnlich schnellen) Nervenleitgeschwindigkeit des linken Nervus tibialis mit dokumentiert 68.2 m/s bei auch ansonsten regelrechten Leitgeschwindigkeiten der untersuchten Nerven (alle Nervenleitgeschwindigkeiten > 48 m/s) nicht nachvollziehbar und nach den neurophysiologischen Regeln nicht korrekt. Hingegen hätten sich die Befunde eines neurologischen Gutachtens des Jahres 2009 bestätigt, in welchem elektroneurographische Normalbefunde für den untersuchten rechten Nervus peroneus beschrieben seien. Die Diagnose einer Polyneuropathie sei hier nicht zu stellen, zudem würden sich klinisch keine Paresen oder Atrophien (insbesondere in der kleinen Fussmuskulatur) finden und es würden keine neuropathisch anmutenden Missempfindungen geschildert. Eine die Unterschiede zur Voruntersuchung erklärende Besserung sei nicht wahrscheinlich, da reversible Polyneuropathien ehemals selten und die Vorbefunde schulmedizinisch unzulässig fehlinterpretiert worden seien. Der hier erhobene neurologische Befund decke sich, mit Ausnahme des im Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ dokumentierten Befunds, im Wesentlichen mit den mehrfach aktendokumentierten neurologischen Vorbefunden. Schliesslich hätte sich mit Bezug auf die anamnestisch geschilderten kognitiven Einschränkungen und der im Vorgutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer leichten bis mittelgradigen Alzheimer-Demenz im Rahmen der neurologischen Untersuchung kein ausreichender Hinweis

auf klinisch relevante kognitive Störungen ergeben. Bildmorphologisch ergebe sich ebenfalls kein ausreichender Anhalt für ein symptomatisches demenzielles Syndrom. Auch für die seitens des Beschwerdeführers angegebenen Sensibilitätsstörungen habe sich im zerebralen MRI kein Korrelat gefunden. Zusammengefasst bestehe aus neurologischer Sicht keine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der letzten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit. Medizinisch-theoretisch seien allenfalls körperlich schwere Tätigkeiten und Arbeiten mit häufiger lumbovertebraler Zwangshaltung zu vermeiden (act. 162 S. 27 ff., vgl. auch Bericht des Radiologen Prof. Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2014 betreffend MR [Magnetresonanz] des Gehirns [act. 162 S. 93] sowie elektrophysiologische Untersuchung durch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 30. September 2014 [act. 162 S. 94 f.]).

**5.3.1.4** In orthopädischer Hinsicht führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ aus, für die reklamierten Schulterschmerzen liege kein namhaftes klinisches Korrelat vor. Vielmehr spreche der muskulöse Status für eine rege Aktivität und gegen eine alltagsrelevante Schonung. Bei der aktenkundigen Acromioclaviculargelenksarthrose beidseits handle es sich um einen rein radiologischen Befund ohne klinisches Korrelat; im Befund gebe es keinen Anhalt für eine schmerzhaft Reizung der Gelenke. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich weiter eine harmonische Kyphose und rechtskonvexe thorakale Skoliose der Brustwirbelsäule bei kräftiger Muskulatur, ein Druckschmerz über dem Kostotransversalgelenk 7 rechts und eine mögliche Blockierung dieses Rippengelenks. Letzteres sei physio- und/oder manual-therapeutisch einfach korrigierbar, zudem sei der Befund geringgradig ausgeprägt. Die vorliegende Skoliose repräsentiere eine häufige Normvariante in der allgemeinen Population und sei ohne eigenständigen behinderungsrelevanten Effekt. Die Lendenwirbelsäule zeige ebenfalls eine harmonische Lordose, eine linkskonvexe lumbale Skoliose bei kräftiger Muskulatur. Subjektive Druck- und Klopfschmerzen seien über den Lendenwirbelkörpern LWK 4 und LWK 5 angegeben worden. Die Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule sei eingeschränkt demonstriert worden, die spontane Mobilität imponiere jedoch nicht namhaft eingeschränkt. Die anamnestisch berichteten belastungsabhängigen Lumbalgien und sensiblen Störungen der Beine liessen angesichts der bildmorphologischen lumbalen Befunde einer spinalen Enge auch an eine Cladatio spinalis denken. Der Zehenspitz- und Fersengang sei beidseits seitengleich demonstrierbar. Wie bereits im neurologischen Teilgutachten ausgeführt, bestehe jedoch kein Anhalt für eine hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit namhaft eingeschränkte Gehstrecke und der hiesige lumbale Befund sei nicht gravierend auffällig. Eine lumbale Fehlhaltung sowie ein paravertebraler Hartspann seien nicht vorgelegen.

Die aktenkundigen spinalen Bildbefunde (z.B. Computertomographie des thorakolumbalen Übergangs und der Lendenwirbelsäule vom 16. September 2013, MRI der Lendenwirbelsäule vom 6. Februar 2013 mit Beschreibung degenerativer Alterationen einschliesslich einer Enge auf Höhe LWK 3/4) seien nur im Kontext der klinischen Befunde ausreichend bewertbar und könnten im Fall des Beschwerdeführers angesichts des fehlenden Anhalts für ein namhaftes lumbales Vertebralesyndrom im hiesigen klinischen Befund allenfalls eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit bewirken (Ausschluss von körperlich häufig schwerer Arbeit und von Tätigkeiten mit häufiger Zwangshaltung der Lendenwirbelsäule), was dem letzten Tätigkeitsmuster jedoch nicht entspreche. Hinzuweisen sei auch auf den muskulösen Status des Beschwerdeführers, was mit einer namhaften Einschränkung der Mobilität nicht in Einklang zu bringen sei (act. 162 S. 36 f.).

**5.3.1.5** Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung habe sich gemäss Med. pract. I. \_\_\_\_\_ ein allenfalls geringgradig auffälliger Befund mit einer indifferenten bis subdepressiven Affektlage und eingeschränkten Modulation, dabei aber gegebene Auslenkbarkeit, gezeigt. Im Rahmen der Exploration imponiere klinisch keine Einschränkung der Gedächtnisfunktion oder der Konzentration. Im aktuellsten Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom August 2014 werde eine mittelgradige rezidivierende depressive Störung postuliert. Aus dem berichteten psychopathologischen Untersuchungsbefund lasse sich jedoch nur eine allenfalls leichtgradige depressive Symptomkonstellation ableiten, sodass die genannte diagnostische Einordnung nicht hinreichend nachvollzogen werden könne. Insbesondere sei auch eine rezidivierende depressive Episode nicht nachvollziehbar, da sich weder aus den Vorberichten noch aus den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers Hinweise auf Phasen einer Symptomfreiheit seit 2005 ergeben würden. Angesichts des jetzigen Befunds seien die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode nicht (zumindest nicht mehr) erfüllt, eine vitale Traurigkeit, ein Interessen- und Antriebsverlust namhafter Ausprägung würden nicht vorliegen (zumindest nicht mehr), sodass hier zumindest eine namhafte Verbesserung zu konstatieren sei und keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ableitbar sei. Die aktenkundige Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei nicht haltbar, da die entsprechenden ICD-10 Kriterien nicht erfüllt seien. Es würden lediglich Alpträume berichtet, die weiteren zu fordernden Achsenkriterien (Flashbacks, Hyperarousal, Vermeidung, Trigger) würden fehlen. Hinsichtlich der im Gutachten vom 26. November 2013 von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ gemach-

ten Einschätzung, wonach beim Beschwerdeführer eine *Demenz, mutmasslich vom Alzheimer Typus*, vorliege, sei irreführend und nicht korrekt. Die vom Beschwerdeführer berichteten subjektiven kognitiven Beeinträchtigungen seien von einer Symptomatik im Rahmen eines leichtgradigen depressiven Syndroms bereits aufgrund der Symptomüberschneidung von Demenzen und depressiven pseudodemenziellen Störungen gar nicht differenziell trennbar. Zudem sei die Diagnose einer Alzheimerdemenz nur anhand von Längsschnittuntersuchungen und dem Nachweis einer klinischen Progredienz überhaupt mit der versicherungsmedizinisch gebotenen Wahrscheinlichkeit zu stellen. Bereits der hier erhobene unauffällige klinische kognitive Befund und der somit fehlende Anhalt für eine seit 2013 eingetretene namhafte Progredienz liessen die definitive Stellung der Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typus gar nicht zu. Ein wesentlicher Baustein der Diagnose sei die klinisch relevante Progredienz kognitiver Störungen, eben diese liege nicht vor. Neurokognitive Testverfahren seien in hohem Masse von unbewussten (zum Beispiel depressiven), vorbewussten (Aggravation, Verdeutlichen) und bewussten (Täuschung, Simulation) Störartefakten beeinflussbar und zudem im versicherungsmedizinischen Kontext nicht validiert oder normiert, sodass derartigen Tests allenfalls die Bedeutung einer Hilfsuntersuchung der wissenschaftlichen Medizin ohne eigenen diagnostischen Wert zukomme. Auch eine somatoforme Schmerzstörung sei hier nicht zu attestieren, da ein fehlverarbeiteter seelischer Konflikt oder eine namhafte Schmerzbeeinträchtigung nicht evident seien, zudem seien auch keine namhafte psychiatrische Komorbidität und kein frustran austerapiertes Zustand zu erkennen (die sogenannten Förster-Kriterien seien nicht erfüllt). Zusammenfassend bestehe nach Würdigung der im Dossier vorhandenen Befundberichte und gutachterlichen Stellungnahmen, der anamnestischen Angaben und der aktuellen Untersuchungsergebnisse lediglich noch ein Restzustand einer leichten depressiven Episode. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich somit aus psychiatrischer Sicht nicht (act. 162 S. 42 ff.).

**5.3.1.6** In neuropsychologischer Hinsicht hielt Mag. rer. nat. J. \_\_\_\_\_ fest, es gebe keinen ausreichenden Anhalt für eine von bewusstseinsnahen Störartefakten abgrenzbare hirnganisch bedingte Störung. Der Beschwerdeführer reklamiere anamnestisch Konzentrationsstörungen (Ablenkbarkeit) und Gedächtnisstörungen (Vergesslichkeit im Alltag). Namhafte alltagsrelevante Folgen seien dabei nicht zum Vortrag gekommen. Der Beschwerdeführer sei selbständig, ohne Fremdhilfe alltagsfähig und gehe einem handwerklichen Hobby nach. Eine progrediente/prozesshafte demenzielle Erkrankung stelle sich anamnestisch nicht dar. Der erhobene

klinische Befund sei ohne Anhalt für eine kognitive Beeinträchtigung. Der Beschwerdeführer sei wach, orientiert, attent, eloquent, mnestisch und in der Auffassung sicher und sei im Verlauf nicht ermüdet. Die eigene Biographie habe problemlos wiedergegeben werden können und auch der aktuelle Tagesablauf sei akkurat rekapituliert worden. Sodann hätten sich in den neuropsychologischen Testverfahren formale Hinweise auf eine Konzentrationsstörung und herabgesetzte Wiedererkennungslleistung ergeben. Allerdings seien neuropsychologische Testverfahren in hohem Masse von der Mitarbeitsbereitschaft des Untersuchten abhängig. Bewusste (Simulation, Täuschung, Begehrenshaltung), vorbewusste (Aggravation) und unbewusste (Depression, Angst) Störfaktoren seien stets zu berücksichtigen und zu prüfen. In beiden Testdurchgängen des Wiener Testsystems (WTS; Geteilte Aufmerksamkeit) habe der Beschwerdeführer die Übungsaufgaben erfolgreich lösen, aber in den zu wertenden Durchgängen mit 27 bzw. 23 Falscheingaben keine ansatzweise plausiblen Ergebnisse mehr erzielen können, wodurch auch die Reaktionszeitmessung und die Anzahl der verpassten Reize als Ergebnisse in Frage gestellt werden müssten. Bei der Testung des Gedächtnisses habe der Beschwerdeführer eine normgerechte längerfristige Behaltensleistung gezeigt, habe aber im direkten Anschluss die gelernten Begriffe von Distraktwörtern nur ungenügend unterscheiden können. Schliesslich würden die Ergebnisse des Symptomvalidierungstests auf eine wahrscheinliche Aggravation bzw. Simulation der Gedächtnisstörung hinweisen. Von bewusstseinsnahen Störartefakten abgrenzbare Konzentrations- und Gedächtnisstörungen seien somit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit attestierbar. Auch hinsichtlich der testpsychologischen depressiven Auffälligkeit würden zumindest Zweifel bezüglich der Ausprägung bestehen. Der Beschwerdeführer wirke im klinischen Befund nicht namhaft depressiv. Eine ähnliche Diskrepanz sei bereits von Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, erwähnt worden, der in seinem Bericht vom 21. März 2011 unter anderem festhielt, es würden deutliche Hinweise auf ein nicht-authentisches Verhalten bestehen. Zusammenfassend liessen sich weder klinisch noch testpsychologisch eine kognitive Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestieren (act. 162 S. 51 f.). Bezüglich der im Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 24. April 2012 behaupteten kognitiven Störung führte Mag. rer. nat. J.\_\_\_\_\_ aus, diese sei mit dem Argument eines Hauptschulabschlusses und eines erlernten handwerklichen Berufs sowie einer als Legasthenie missverstandenen Störung begründet worden. Die Argumentation sei schulmedizinisch gänzlich abwegig und paradox, da ein erlangter Schul- und Berufsschulab-

schluss zumindest ebenso gut gegen (und nicht für) eine namhafte kognitive Störung spreche. Dr. med. O. \_\_\_\_\_ berichte auch selber vielmehr einen regelrechten klinischen kognitiven Befund, was seiner Einschätzung nochmals widerspreche und dieser den Boden entziehe. (act. 162 S. 52 f.). Schliesslich beurteilte Mag. rer. nat. J. \_\_\_\_\_ die Bewertung von Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 26. November 2013 als grob mangelhaft, da trotz Beschreibung eines bewusstseinsnahen Störartefaktes („...lässt einen weitgehenden Mangel an Motivation bei Tendenzen zu latent aggressivem gespannten Verhalten...“) kein formaler Test auf eine bewusstseinsnahe Störung durchgeführt und auch keine methodenkritische Berücksichtigung eben dieser Beobachtung einbezogen worden sei. Kognitive Leistungstests seien vollständig von der aktiven Mitarbeitsbereitschaft abhängig und keine eigenständigen „objektiven“ Messinstrumente und nur im Gesamtkontext aller Befunde bewertbar, eben dies sei in der Vorbewertung versäumt worden (act. 162 S. 53 f.).

**5.3.1.7** In der zusammenfassenden Konsensbeurteilung kamen die Gutachter gemeinsam zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder zumindest auch einer anderen, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts mit 100 % einzuschätzen sei, dies per sofort und auch retrospektiv geltend. Die degenerativen spinalen Alterationen würden lediglich für die Empfehlung einer Vermeidung von körperlich häufig schwerer Arbeit und von Arbeiten mit häufiger Zwangshaltung der Wirbelsäule sprechen (act. 162 S. 54). Hinsichtlich der Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ und Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 22. September 2014, wonach der Beschwerdeführer durch eine schwere chronifizierte depressive Erkrankung sowie eine Spinalkanalstenose, die zu einem chronischen Schmerzsyndrom geführt habe, eingeschränkt werde, wurde ergänzend ausgeführt, diese sei angesichts des hiesigen psychiatrischen Befunds nicht haltbar und die Attestierung einer schwerwiegenden spinalen Einschränkung sei offenkundig vorrangig auf dem Boden der subjektiven Klagen und bildmorphologischen Befunde ohne eigenständigen Krankheitswert erfolgt (act. 162 S. 56). Schliesslich seien allen Vorbewertern offenkundig die deutlichen Zeichen einer unzureichenden Plausibilität v.a. der Ausprägung der reklamierten Beschwerden und die deutlichen Hinweise auf bewusstseinsnahe demonstrative Darbietungen von Einschränkungen und Beschwerden entgangen (deutliche Diskrepanz zwischen reklamierter Schmerzintensität/Limitation einerseits und dem nicht namhaft

schmerzbeeinträchtigten klinischen Eindruck, der guten spontanen Mobilität, dem muskulösen Habitus und der ungestörten klinischen Kognition andererseits). Auf die Vorbewertungen könne also nicht abgestellt werden (act. 162 S. 56).

**5.3.2** Das polydisziplinäre Gutachten vom 17. Februar 2015 ist umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen durch entsprechend qualifizierte Fachärzte in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie und Neuropsychologie. Dabei wurden sowohl die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden als auch die medizinischen Vorakten berücksichtigt (darunter insbesondere auch der vom Beschwerdeführer erwähnte Bericht der Klinik B. \_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2013; act. 162 S. 14 und 43). Die medizinischen Zusammenhänge wurden im Einzelnen dargelegt und die Abweichungen zu früheren Beurteilungen nachvollziehbar und stichhaltig begründet. Schliesslich enthält das Gutachten auch eine zusammenfassende Konsensbeurteilung aller Gutachter. Einem solchen Gutachten ist grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. E. 4.4 vorstehend m.H.).

**5.3.3** Sowohl im Rahmen des Vorbescheidverfahrens als auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren berief sich der Beschwerdeführer auf die ärztlichen Atteste von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2015 und von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2015.

**5.3.3.1** Gemäss ärztlichem Attest vom 13. Mai 2015 von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ habe sich der Beschwerdeführer seit Dezember 2008 in seiner nervenfachärztlichen Behandlung befunden. In diagnostischer Hinsicht bestehe beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode. Immer wieder seien beim Patienten unterschiedliche Körpersymptome aufgetreten, Schmerzen, Schwindelgefühl, vegetative Störungen, kognitive Störungen, im Jahr 2012 sei zusätzlich eine Somatisierungsstörung diagnostiziert worden. Der Verlauf sei in den vergangenen Jahren dann weiter chronifizierend gewesen, trotz der kontinuierlich eingenommenen antidepressiven Medikation. Die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen seien ausgeschöpft und mit einer Besserung sei prognostisch leider nicht zu rechnen (act. 174).

**5.3.3.2** Gemäss ärztlichem Attest vom 19. Mai 2015 von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, sei der Beschwerdeführer seit

2007 in seiner hausärztlichen Behandlung. Es bestehe eine schwere chronifizierte depressive Erkrankung, die trotz medikamentöser Therapie und regelmässiger Mitbehandlung durch einen Neurologen und Psychiater keine Besserung zeige. Sie schränke den Patienten in seiner Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit deutlich ein. Zusätzlich sei beim Patienten eine Spinalkanalstenose bekannt, die zu einem chronischen Schmerzsyndrom geführt habe. Trotz Operation der Spinalkanalstenose im April 2014, orthopädischer Mitbehandlung, Physiotherapie und medikamentöser Schmerztherapie gebe es keine ausreichende Stabilisierung der Beschwerden, sodass der Beschwerdeführer schon bei leichten bis mittleren körperlichen Belastungen, phasenweise auch in Ruhe durch seine Schmerzen in seiner körperlichen Belastbarkeit deutlich eingeschränkt sei. Aus hausärztlicher Sicht führe dies zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf max. 3 Stunden mit allenfalls leichter körperliche Belastung (act. 175).

**5.3.3.3** Im Schlussbericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 5. März 2015 führte Dr. Q.\_\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, als Hauptdiagnosen ein chronisches Lumbalsyndrom bei degenerativen Veränderungen (M54.4) und ein Status nach leichtgradiger depressiver Episode an. Gestützt auf das umfassende polydisziplinäre Gutachten vom 17. Februar 2015, in dem auch die Würdigungen aller bisherigen Berichte und Expertisen einbezogen worden seien, kam er zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer keine langandauernde und invalidisierende Erkrankung im Sinne der IV bestehe (act. 165).

**5.3.3.4** Im Schlussbericht vom 2. Juli 2015 wiederholte RAD-Arzt Dr. Q.\_\_\_\_\_, die im Schlussbericht vom 5. März 2015 genannten Hauptdiagnosen. Hinsichtlich der Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, und Dr. med. C.\_\_\_\_\_ führte er aus, dass diese nur Diagnosen wiederholen würden, ohne klinische objektive Untersuchungsbefunde anzuführen, die diese Diagnosen bestätigten. Zudem würden sie keinen Bezug zum polydisziplinären Gutachten nehmen und würden demzufolge auch nicht versuchen, dieses zu widerlegen. Zusammenfassend bestätigte er den Schlussbericht vom 5. März 2015 (act. 185).

**5.3.3.5** Gemäss Stellungnahme vom 29. September 2015 von IV-Arzt Dr. R.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, würden sich mit Blick auf die psychiatrischen Schlussfolgerungen im polydisziplinären Gutachten vom 17. Februar 2015 aus dem Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_

vom 13. Mai 2015 keine neuen Elemente ergeben. Es werde keine Verschlechterung der depressiven Störung beschrieben. Die Behandlung sei dieselbe. Es habe keine psychiatrische Hospitalisierung gegeben und die depressiven Symptome hätten sich seit Jahren nicht geändert. Auch aus dem Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2015 würden sich keine klinischen Befunde ergeben, die für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands in psychiatrischer Hinsicht sprechen würden. Im Ergebnis bestätigte Dr. R. \_\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht das polydisziplinäre Gutachten vom 17. Februar 2015 (act. 188).

**5.3.3.6** Die Stellungnahmen der RAD-Ärzte sind nachvollziehbar und schlüssig. Hinzu kommt, dass die ärztlichen Atteste von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus dem Jahr 2015 denjenigen aus dem Jahr 2014 im Wesentlichen entsprechen. Diese Berichte aus dem Jahr 2014 wurden bereits im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens berücksichtigt und die Gutachter haben ausdrücklich dazu Stellung genommen (vgl. act. 162 S. 43 und 56). Entsprechend lässt sich in medizinischer Hinsicht nichts Neues aus den Berichten vom Mai 2015 zugunsten des Beschwerdeführers ableiten und diese vermögen auch keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des polydisziplinären Gutachtens vom 17. Februar 2015 zu erwecken.

**5.3.4** Der Beschwerdeführer wandte sodann ein, es seien ihm zwischen den Untersuchungen lediglich Pausen von 1 ½ Stunden gewährt worden. In den Akten finden sich jedoch keinerlei Anhaltspunkte, dass diese Pausen zu kurz gewesen sein sollten. Im Gegenteil hielt der neuropsychologische Gutachter Mag. rer. nat. J. \_\_\_\_\_ im Rahmen der testpsychologischen Erhebungen vielmehr fest, der Beschwerdeführer habe bei zwei Stunden neuropsychologischer Untersuchung und Testung keine Pausen benötigt und keine Leistungseinbrüche gezeigt (act. 162 S. 47).

**5.3.5** Soweit der Beschwerdeführer rügte, die Gutachter hätten ihm eine Aggravation unterstellt, ist festzuhalten, dass die Gutachter die Frage, ob die Anamnese Widersprüche enthalte, im polydisziplinären Gutachten vom 17. Februar 2015 ausdrücklich bejahten und erklärten, die anamnestischen Angaben würden nicht mit den objektivierbaren klinischen Befunden korrelieren (act. 162 S. 59). Darüber hinaus wurden die im Rahmen der Begutachtung festgestellten Divergenzen zwischen dem Verhalten des Beschwerdeführers und den erhobenen Befunde im Einzelnen aufgeführt und nachvollziehbar begründet.

**5.3.5.1** So führte Dr. G. \_\_\_\_\_ an, während der gesamten Untersuchung habe der Begutachtete (diskrepanz zu seinen anamnestischen Angaben) nicht schmerzgequält oder anderweitig beeinträchtigt gewirkt und habe keinen Schonsitz oder Schongang gezeigt (act. 162 S. 24). Im Rahmen seiner neurologischen Beurteilung hielt er dann fest, der erhobene Untersuchungsbefund ergebe biologisch nicht plausibel zuzuordnende sensible Angaben, eine deutliche Diskrepanz zwischen der reklamierten Schmerzintensität und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck, eine freie spontane Mobilität und eine im klinischen Befund nicht gestörte Kognition (act. 162 S. 27). Unter Bezugnahme auf das Vorgutachten von Dr. L. \_\_\_\_\_, der dort gestellten Diagnose einer leichten bis mittelgradigen Alzheimer-Demenz und bei den anamnestisch geschilderten kognitiven Einschränkungen führte er schliesslich aus, im Rahmen der neurologischen Untersuchung habe sich kein ausreichender Hinweis auf klinisch relevante kognitive Störungen ergeben. Auch habe sich für die seitens des Beschwerdeführers angegebenen Sensibilitätsstörungen im cerebralen MRI kein Korrelat gefunden (act. 162 S. 29).

**5.3.5.2** Die orthopädische Gutachterin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hielt fest, die grobe Kraft beider Hände sei seitengleich gering vermindert demonstriert worden und merkte aufgrund der kräftigen Handmuskulatur als Differenzialdiagnose eine mangelhafte Willküranstrengung an (act. 162 S. 31 f.). Weiter bemerkte sie in der spontanen Mobilitätsbeobachtung keinen Schongang, keinen Schonsitz, keine namhafte Bewegungseinschränkung und keinen namhaft schmerzbeeinträchtigten klinischen Eindruck (act. 162 S. 35). In der orthopädischen Beurteilung hielt sie schliesslich fest, ein namhaftes klinisches Korrelat für die reklamierten Schulterschmerzen liege nicht vor, vielmehr spreche der muskulöse Status für eine rege Aktivität und gegen eine alltagsrelevante Schonung (act. 162 S. 36).

**5.3.5.3** In der psychiatrischen Beurteilung hielt Med. pract. I. \_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe Einschränkungen der Konzentration und des Gedächtnisses vorgetragen. Im Rahmen der Exploration hätten aber klinisch *keine* Einschränkungen der Gedächtnisfunktion oder der Konzentration imponiert (act. 162 S. 42).

**5.3.5.4** Mag. rer. nat. J. \_\_\_\_\_ führte in der neuropsychologischen Beurteilung ebenfalls aus, der Beschwerdeführer habe anamnestisch Konzentrationsstörungen (Ablenkbarkeit) und Gedächtnisstörungen (Vergesslichkeit im Alltag) reklamiert. Namhafte alltagsrelevante Folgen seien dabei nicht zum Vortrag gekommen, der Beschwerdeführer sei selbständig, ohne

Fremdhilfe alltagsfähig und gehe einem handwerklichen Hobby nach. Eine progrediente/prozesshafte demenzielle Erkrankung stelle sich anamnestisch nicht dar (act. 162 S. 51).

**5.3.6** Im Weiteren bemängelte der Beschwerdeführer die pauschale Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit über den Zeitraum von 2008 bis 2015 und machte zudem geltend, im Gutachten sei nicht berücksichtigt worden, dass er schwere Lasten habe tragen und stundenlang im Kraftfahrzeug habe sitzen müssen.

**5.3.6.1** Im Gutachten vom 17. Februar 2015 wurden unter Verweis auf die bildgebenden Befunde vom 16. September 2013 degenerative Alterationen der lumbalen Wirbelsäule mit geringgradigem klinischem Befund-Korrelat diagnostiziert (vgl. act. 162 S. 35 und 37; act. 134 S. 9 f.). Die Gutachter kamen sodann zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen sowie in einer anderen, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit betrage 100 %. Mit Blick auf die degenerativen spinalen Alterationen empfahlen sie lediglich eine Vermeidung von körperlich häufig schwerer Arbeit und von Arbeiten mit häufiger Zwangshaltung der Wirbelsäule, was dem letzten Tätigkeitsmuster jedoch nicht entspreche (vgl. act. 162 S. 37 und 54). Gemäss Einschätzung der Gutachter sind dem Beschwerdeführer sowohl die bisherige Tätigkeit als auch wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar.

**5.3.6.2** Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist zunächst festzuhalten, dass in der gutachterlichen Anamnese seine Tätigkeit als Automatenaufsteller berücksichtigt wurde (act. 162 S. 19, 23, 46). Des Weiteren wurde in der orthopädischen Anamnese auch ausdrücklich angeführt, dass die Beschäftigung auch mit einem Heben und Tragen von Spielautomaten sowie einer ausgedehnten Fahrtätigkeit (350–400 km täglich) verbunden gewesen sei (act. 162 S. 30). Hingegen ist anzumerken, dass den Gutachtern das vom 30. November 2015 datierende, von der Vorinstanz beim Arbeitgeber eingeholte, präzisierte Anforderungsprofil nicht vorlag. Jedoch stimmt die gutachterliche Qualifizierung der bisherigen Tätigkeit als eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne körperlich häufig schwere Arbeit im Ergebnis mit dem aktualisierten Anforderungsprofil überein.

**5.3.6.3** Hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurde im Gutachten festgehalten, dass die festgestellten degenerativen Alterationen der lumbalen Wirbelsäule allenfalls eine qualitative

Minderung der Arbeitsfähigkeit bewirken würden im Sinne eines Ausschlusses körperlich häufig schwerer Arbeiten und Tätigkeiten mit häufiger Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule. Im Übrigen wurde kein Anhalt für ein namhaftes lumbales Vertebralesyndrom festgestellt und auf den muskulösen Status des Beschwerdeführers hingewiesen, der mit einer namhaften Einschränkung der Mobilität nicht in Einklang zu bringen sei (act. 162 S. 37). Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die medizinischen Vorakten erscheint die Einschätzung, wonach dem Beschwerdeführer sowohl im Untersuchungszeitpunkt als auch rückwirkend wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar seien, nachvollziehbar. Davon ging auch das BVGer bereits im ersten Urteil C-7220/2009 E. 5.5 aus, als es ausführte, dass sich aus den medizinischen Akten ohne Zweifel die vollschichtige Zumutbarkeit leichter bis mittelschwerer Verweisungstätigkeiten im Wechsel von Stehen und Gehen sowie Sitzen ohne fixierte Körperhaltung ergebe.

**5.3.6.4** Demgegenüber ist fraglich, ob die bisherige Tätigkeit, welche nicht häufig aber immerhin gelegentlich schwere Arbeiten umfasste, dem Beschwerdeführer tatsächlich noch zumutbar ist. Aus dem Umstand, dass im Begutachtungszeitpunkt keine Anhaltspunkte für ein namhaftes lumbales Vertebralesyndrom festgestellt wurde, kann nicht ohne Weiteres geschlossen werden, dass dem Beschwerdeführer gelegentliches schweres Heben und Tragen sowohl im Begutachtungszeitpunkt als auch früher zumutbar ist bzw. war. Vorliegend ergibt sich aus den früheren medizinischen Akten, dass der Beschwerdeführer mindestens seit 1999 und auch in den letzten Jahren vor der Aufgabe der bisherigen Tätigkeit wiederholt an Bandscheibenvorfällen gelitten hat (vgl. act. 28 f.; act. 162 S. 4 ff.). Zuletzt ergab die kernspintomographische Untersuchung vom 7. Februar 2011 einen Bandscheibenvorfall L5/S1 und als Hauptbefund eine absolute Spinalkanalstenose L3/L4 (vgl. act. 77 S. 20). Dr. med. S. \_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 29. November 2011 unter anderem ein chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom und erachtete die berufliche Belastbarkeit in der bisherigen Tätigkeit als nicht mehr gegeben (vgl. act. 77 S. 18 und 22). Aufgrund dieser wiederholt aufgetretenen, aktenkundigen lumbalen Beschwerden erscheint das Heben und Tragen schwerer Lasten in jedem Fall als kontraindiziert. Vor diesem Hintergrund kann nicht davon ausgegangen werden, es habe (rückwirkend) keine Einschränkung für gelegentliches schweres Heben und Tragen bestanden. Damit erweist sich die Einschätzung im Gutachten vom 17. Februar 2015, wonach auch die bisherige Tätigkeit medizinisch uneingeschränkt zumutbar sei, als rein theoretisch und vermag nicht zu überzeugen. Daraus folgt,

dass die bisherige Tätigkeit, soweit sie bis zu einem gewissen Umfang auch die Fähigkeit zum Heben und Tragen schwerer Lasten erforderte, dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar ist.

**5.3.7** Aus dem Gesagten ergibt sich, dass dem Beschwerdeführer aufgrund seiner wiederholt aufgetretenen lumbalen Beschwerden die bisherige Tätigkeit, welche bis zu einem gewissen Umfang auch schwere Arbeiten umfasst, entgegen der Einschätzung im Gutachten vom 17. Februar 2015 nicht mehr zumutbar ist. Abgesehen davon liegen keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen, so dass im Übrigen auf die gutachterliche Beurteilung abgestellt werden kann. Demnach sind dem Beschwerdeführer wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten vollschichtig zumutbar.

**5.4** Soweit der Beschwerdeführer eine mittlere Depression geltend machte, ist anzuführen, dass verschiedene belastende Lebensereignisse aktenkundig sind, namentlich der Bankrott seiner Fahrradhandlung, wobei er sich von der Bank hintergangen gefühlt habe, das frühe Ableben seiner Ehefrau im Alter von 46 Jahren und die Kündigung seiner Arbeitsstelle im Jahre 2008. Als zusätzliche Belastung ist sicher auch der Umstand von drei, mehrere Jahre dauernden Beschwerdeverfahren mit Rückweisungen zur Klärung der erwerblichen und medizinischen Situation zu werten. Nichtsdestotrotz wurde im polydisziplinären Gutachten vom 17. Februar 2015 mit ausführlicher Begründung der Restzustand einer leichtgradigen depressiven Episode festgestellt (act. 162 S. 42 ff. und 58). Selbst wenn im Widerspruch zum Begutachtungsergebnis von einer mittelschweren Depression ausgegangen würde, könnte der Beschwerdeführer nichts daraus zu seinen Gunsten ableiten, da leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar gelten (vgl. Urteil des BGer 8C\_759/2013 vom 4. März 2014 E. 3.6.1; Urteil des BVerfG C-2980/2015 vom 6. Februar 2017 E. 3.5).

**5.5** Mit Replik vom 26. April 2016 wurde schliesslich die Einholung eines Obergutachtens beantragt. Auf die Einholung eines gerichtlichen Gutachtens kann vorliegend in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden, zumal der Sachverhalt aufgrund der Aktenlage – namentlich des umfassenden, allseitigen polydisziplinären Gutachtens vom 17. Februar 2015 – genügend abgeklärt ist und daher von einem weiteren Gutachten keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteile des BGer 9C\_93/2016 E. 1 sowie 8C\_77/2008 E. 3.2.1).

**5.6** Zusammenfassend ergibt sich, dass die bisherige Tätigkeit dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar ist. Infolgedessen ist der Invaliditätsgrad zu bemessen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer ursprünglich mit einem Pensum von 100 % arbeitete, dieses aber ab Mai 2005 auf 80 % reduzierte (vgl. act. 40 S. 2). Aus den Angaben der Arbeitgeberin sowie des Beschwerdeführers ergibt sich, dass die Reduktion des Pensums aus gesundheitlichen Gründen – zur Vermeidung von Krankheitszeiten – erfolgte (vgl. act. 87 S. 2; 91 S. 2). Somit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden voll erwerbstätig gewesen wäre und es ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu ermitteln.

**5.6.1** Für die Bemessung der Invalidität verweist Art. 28a IVG auf Art. 16 ATSG. Demnach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Massgebend für diesen Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs, 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). 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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1; 104 V 135 E. 2b).

**5.6.2** Nachdem sich der Beschwerdeführer am 27. November 2008 zum Bezug von Leistungen der IV anmeldete, würde ein allfälliger Leistungsanspruch frühestens im Mai 2009 entstehen (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Entsprechend ist das Jahr 2009 der für die Vornahme des Einkommensvergleichs massgebende Zeitpunkt.

**5.6.3** Bei der Ermittlung des Einkommens, das der Versicherte erzielen könnte, wäre er nicht invalid geworden (Valideneinkommen), ist in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Lohn anzuknüpfen, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 m.H. auf 134 V 322 E. 4.1). Gemäss Angaben des Arbeitgebers vom 8. Juni 2009 hätte der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden monatlich € 2'500.– verdient (act. 26 S. 7). Entsprechend kann von einem hypothetischen Valideneinkommen in dieser Höhe ausgegangen werden.

**5.6.4** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2). Vorliegend übte der Beschwerdeführer nach Aufgabe der bisherigen Tätigkeit keine Erwerbstätigkeit mehr aus und bezieht zwischenzeitlich eine Altersrente, womit für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf statistische Werte zurückzugreifen ist. In Deutschland betrug im Jahr 2009 der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst für einen ungelernten Arbeitnehmer der Leistungsgruppe 5 (einfache, schematische Tätigkeiten oder isolierte Arbeitsvorgänge, für deren Ausübung keine berufliche Ausbildung erforderlich ist) im produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich € 2'010.– (vgl. Deutsches Statistisches Bundesamt, Verdienste und Arbeitskosten, Arbeitnehmerverdienste 2009, Fachserie 16 Reihe 2.3, Tabelle 4.2.1, < [https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DEHeft\\_heft\\_00006565](https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DEHeft_heft_00006565) >, abgerufen am 07.08.2017).

**5.6.5** Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen (BGE 134 V 322 E. 5.2). Praxisgemäss können persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad einen auf höchstens 25 % begrenzten Leidensabzug von dem nach Tabellenlöhnen zu ermittelnden Invalideneinkommen rechtfertigen, soweit anzunehmen ist, dass die trotz des Gesundheitsschadens verbleibende Leistungsfähigkeit infolge eines oder mehrerer dieser Merkmale auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwertet werden kann (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 m.H. auf 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75). Mit Bezug auf den behinderungs- bzw. leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs-

und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum hinzutretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Lediglich wenn – auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt – unter Berücksichtigung solcher Einschränkungen, die personen- oder arbeitsplatzbezogen sein können, kein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr besteht, rechtfertigt sich allenfalls ein (zusätzlicher) Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des BGer 8C\_693/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.2.1 m.H.). Vorliegend kann davon ausgegangen werden, dass in der Leistungsgruppe 5 ein genügend breites Spektrum an zumutbaren wechselbelastenden, leichten bis mittelschweren Tätigkeiten besteht, weshalb sich diesbezüglich kein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt. Hinsichtlich der Betriebszugehörigkeit von 16 Jahren ist festzuhalten, dass die Bedeutung der Anzahl Dienstjahre im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist (Urteil des BGer 9C\_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2). Vor dem Hintergrund, dass das Invaliditätsberechnung vorliegend auf dem tiefsten Anforderungsniveau basiert, vermag die lange Betriebszugehörigkeit keinen Abzug zu rechtfertigen. Sodann rechtfertigt auch das Alter des Beschwerdeführers keinen Abzug vom Tabellenlohn, zumal sich ein fortgeschrittenes Alter insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss und vorliegend keine Umstände ersichtlich sind, die einen altersbedingten Einschlag beim Invalideneinkommen begründen (vgl. Urteil des BGer 9C\_658/2015 vom 9. Mai 2016 E. 5.2.2 m.H.). Demnach sind die Voraussetzungen für einen leistungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn nicht erfüllt.

**5.6.6** Bei einem Valideneinkommen von monatlich € 2'500.– und einem Invalideneinkommen von € 2'010.– resultiert ein Invaliditätsgrad von 20 % (aufgerundet). Bei diesem Ergebnis hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

## 6.

**6.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 27. November 2015 stattgegeben wurde.

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

**6.3** Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege einen Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. Da im vorliegenden Verfahren keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Entschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen) gerechtfertigt (Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE). Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn er zu hinreichenden Mitteln gelangt (Art. 65 Abs. 4 VwVG).

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Infolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung wird Rechtsanwältin Beate Bruy zu Lasten der Gerichtskasse eine Entschädigung von Fr. 2'800.– zugesprochen. Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so hat er diesen Betrag dem Bundesverwaltungsgericht zurückzuerstatten.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Versand: