



Urteil vom 21. März 2016

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richter Vito Valenti, Richter Christoph Rohrer,
Gerichtsschreiberin Barbara Camenzind.

Parteien

X. _____, Deutschland,
vertreten durch lic. iur. Regula Bähler, Rechtsanwältin,
Oberdorfstrasse 19, Postfach 714, 8024 Zürich,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch
(Verfügung vom 5. Mai 2014).

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1966 geborene, in Deutschland wohnhafte italienische Staatsangehörige X. _____ (im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer) war von 1981 bis 1994 in der Schweiz tätig. 1994 zog er nach Deutschland, wo er im Pflegebereich tätig war, insbesondere von 1996 bis 1999 er eine Ausbildung zum Krankenpfleger beim Deutschen Roten Kreuz absolvierte. Zuletzt war er bis 29. März 2012 als Altenpfleger in (...) tätig (Akten [im Folgenden: IV-act.] der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz] 9; 19; 22; 29 S. 5; 33). Er entrichtete von November 1984 bis Juli 1994 Beiträge an die obligatorische schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; IV-act. 6, S. 2). Am 15. November 2012 meldete er im Wesentlichen aufgrund von Depressionen und eines Burn-out Syndroms bei Deutscher Rentenversicherung (IV-act. 9, 13) zum Bezug einer Rente wegen Erwerbsminderung an. Dem Antrag wurde mit Entscheid vom 15. Februar 2013 (IV-act. 7) nicht entsprochen. Mit Bescheid vom 11. September 2013 (IV-act. 31) bewilligte die Deutsche Rentenversicherung schliesslich für den Versicherten eine bis zum 31. August 2015 befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung.

B.

Ebenfalls am 15. November 2012 stellte der Versicherte den Antrag auf eine schweizerische Invalidenrente. Das vom deutschen Versicherungsträger am 4. Dezember 2012 unterzeichnete Formular E 204 DE ging am 4. Januar 2013 bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) ein (IV-act. 2). Nach Vorliegen der Fragebögen für den Versicherten, den Arbeitgeber, der Bescheinigungen über den Versicherungsverlauf in Deutschland und der Schweiz (IV-act. 6, 16, 19, 33) sowie medizinischer Berichte (IV-act. 11, 12, 14, 15, 20 und 21) gab Dr. A. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, regionaler ärztlicher Dienst Rhône (RAD) am 13. Juni 2013 eine Stellungnahme ab (IV-act. 23), in der er festhielt, dass vom behandelnden Psychotherapeuten eine depressive Störung mittelgradiger Ausprägung angegeben worden sei, welche die Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nicht zulasse. Die Behandlungsversuche zur Therapie der Depression seien jedoch völlig unzureichend gewesen, weshalb vom Versicherten verlangt werden könne, sich bei einem Facharzt für Psychiatrie in psychiatrische Behandlung zu begeben und z.B. eine Pharmakotherapie aufzunehmen. Zur weiteren Beurteilung des Falles sei ein Behandlungsbericht von einem Facharzt für Psychiatrie vorzulegen. Nachdem die IVSTA die Deutsche Rentenversicherung mit Schreiben vom 26. Juni 2013 (IV-

act. 24) aufgefordert hatte, eine neue Untersuchung des Versicherten zu veranlassen, wurden die entsprechenden ärztlichen Berichte (IV-act. 27 bis 29) erneut Dr. A. _____ vorgelegt, der am 16. Oktober 2013 dazu Stellung nahm (IV-act. 34). Dr. A. _____ hielt fest, dass der Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit ab Juli 2013 zu 20 – 30 % arbeitsunfähig sei. In der Folge legte die Vorinstanz die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. A. _____ vom 13. Juni 2013 sowie vom 16. Oktober 2013 für eine ärztliche Zweitmeinung Dr. B. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vom medizinischen Dienst der IVSTA vor. Dieser äusserte sich am 12. Dezember 2013 dahingehend, dass im angestammten Beruf keine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 – 30 % vorliege; in einer Verweistätigkeit bestehe jedoch eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % (IV-act. 37). Gestützt darauf erliess die Vorinstanz am 9. Januar 2014 einen Vorbescheid, in welchem sie feststellte, dass eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 % für die Ausübung der Tätigkeit als Krankenpfleger vorliege und dem Beschwerdeführer die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht stellte (IV-act. 41). Hiergegen liess der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin Regula Bähler, am 28. Februar 2014 seinen Einwand vorbringen (IV-act. 48). Nach dessen Prüfung durch den medizinischen Dienst der IVSTA (IV-act. 50) erliess die Vorinstanz am 5. Mai 2014 eine dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügung (IV-act. 51).

C.

Hiergegen liess der Beschwerdeführer, wiederum vertreten durch Rechtsanwältin Regula Bähler, beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 16. Juni 2014 (Poststempel) Beschwerde (act. 1) erheben und beantragen, die Verfügung vom 5. Mai 2014 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zur weiteren Abklärung des Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zur Begründung wurde zusammengefasst ausgeführt, beim Beschwerdeführer sei erstmals 2007 eine depressive Störung aufgetreten, welche eine psychotherapeutische Behandlung nach sich gezogen habe. Es sei eine depressive Episode diagnostiziert worden. In diesem Zusammenhang sei der Beschwerdeführer 2006 arbeitsunfähig geschrieben worden. Gegen die Empfehlungen des Psychotherapeuten habe der Beschwerdeführer seine Tätigkeit im angestammten Beruf wieder aufgenommen, was im Mai 2012 zur nächsten Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Die psychische Befindlichkeit der von rezidivierenden depressiven Störungen Betroffenen sei Schwankungen unterworfen. Die Vorinstanz habe sich hauptsächlich auf zwei Momentaufnahmen gestützt und den Berichten des

Hausarzt C. _____, Facharzt für Innere Medizin, keine Bedeutung zugemessen. Der Sachverhalt sei unvollständig und unrichtig festgestellt, was auch unter der freien Würdigung der medizinischen Unterlagen zu einer falschen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit des Versicherten Anlass gebe. Die Vorinstanz habe zudem mitgeteilt, dass aufgrund der vorliegenden Unterlagen kein Entscheid gefällt werden könne und eine neue psychiatrische Untersuchung hätte angeordnet werden müssen. Das Gutachten der Fachärztin D. _____, welches daraufhin für den deutschen Rentenentscheid vorgelegen habe, sei in der Folge als nicht nachvollziehbar eingestuft und kein neues Gutachten eingeholt worden. Dieses Verhalten der IVSTA sei widersprüchlich und gegen Treu und Glauben verstossend. Dasselbe gelte auch für den Umstand, dass die IVSTA dem Begriff der Invalidität und des Grades der Erwerbsfähigkeit andere Kriterien zugrunde legen wolle, als jene, die in Deutschland herrschen. Auch in diesem Fall habe sie selbst ein psychiatrisches Gutachten einzuholen und den Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären, was nicht geschehen sei.

D.

In ihrer Vernehmlassung vom 25. Juli 2014 (act. 3) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung gab sie im Wesentlichen an, für die Invaliditätsbemessung seien allein die schweizerischen Rechtsnormen massgebend. Es bestehe gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts keine Bindung an die Beurteilung deutscher Versicherungsträger, Krankenkassen, anderer Behörden und Ärzte. Weiter wurde ausgeführt, dass zwei Fachärzte des ärztlichen Dienstes in sorgfältiger Auswertung aller vorliegenden medizinischen Unterlagen zur Beurteilung gelangt seien, dass beim Versicherten nur eine leichte depressive Störung vorliege, welche im bisherigen Beruf als Altenpfleger eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 % verursache, während in weniger anspruchsvollen Verweistätigkeiten sogar von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Es treffe nicht zu, dass der ärztliche Dienst nur auf die Gutachten aus dem Jahr 2012 abgestellt habe. Es sei insbesondere auch das Gutachten von Frau D. _____ vom Juli 2013 einlässlich geprüft worden. Dabei sei festgestellt worden, dass die von ihr erhobenen Befunde lediglich eine depressive Störung leichten Grades ausweise, welche höchstens eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % im bisherigen Beruf zu begründen vermöge. Die volle generelle Arbeitsunfähigkeit sei dementsprechend nicht nachvollziehbar. Betreffend die Angaben von Dr. C. _____ (Hausarzt, Internist) führte die Vorinstanz aus, dass dieser als Nichtspezialist

nicht befähigt sei, die Schwere des depressiven Leidens genau zu beurteilen. Eine nochmalige Begutachtung erachtete der ärztliche Dienst angesichts der Eindeutigkeit der vorliegenden Befunde als nicht indiziert.

E.

Mit Zwischenverfügung vom 12. August 2014 (act. 4) wurde der Beschwerdeführer – unter Hinweis auf die Säumnisfolgen – aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten; Dieser Betrag wurde am 10. September 2014 zu Gunsten der Gerichtskasse überwiesen (act. 6).

F.

In seiner Replik vom 11. September 2014 (act. 7) liess der Beschwerdeführer an seinen beschwerdeweise vorgebrachten Anträgen, Begründungen und Rügen festhalten und zudem bezüglich der Bindung an die Beurteilung des deutschen Versicherungsträgers mit Verweis auf die Verordnungen des Europäischen Parlaments ausführen, dass Träger eines Mitgliedstaates die von Trägern anderer Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte und Auskünfte ebenso berücksichtigt werden müssten, als wären sie im eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Wenn der Vorinstanz das für die deutsche Rente ausschlaggebende Gutachten als nicht nachvollziehbar erscheine, hätte sie eigene Untersuchungen anstellen müssen und nicht auf frühere Berichte, welche der RAD als ungenügend erachtet hatte, abstellen dürfen. Es sei zu bezweifeln, dass die Vorinstanz die Berichte sorgfältig ausgewertet habe.

G.

In ihrer Duplik vom 24. September 2014 (act. 9) hielt die Vorinstanz an ihren vernehmlassungsweise getroffenen Feststellungen sowie den darin gestellten Anträgen fest. Sie führte zur Begründung aus, die in der Replik gemachten Vorbringen gäben keine Veranlassung zu einer geänderten Betrachtungsweise. Der ärztliche Dienst habe die medizinischen Unterlagen aus Deutschland einlässlich geprüft und sei zu einer eindeutigen Beurteilung gelangt.

H.

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

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen vorliegen und auf die Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [Verwaltungsverfahrensgesetz; VwVG; SR 172.021]; BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

1.2 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

1.3 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 lit. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a-26^{bis} und 28-70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.4 Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG; act. 71). Als primärer Adressat der angefochtenen Verfügung vom 5. Mai 2014 ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ergibt sich zusammenfassend,

dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

2.

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren dem Grundsatz nach anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

2.1 Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreiten oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

2.2 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a). Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. hierzu z.B. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

2.3 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines

bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

2.4 Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2; BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

2.5 Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten zusätzliche Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine

Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3; BGE 124 V 90 E. 4b; zum Ganzen: Urteil des BGer 8C_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

2.6 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verwaltungsverfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zurzeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein. Ausnahmsweise kann das Gericht aus prozessökonomischen Gründen auch die Verhältnisse nach Erlass der Verfügung in die richterliche Beurteilung miteinbeziehen und zu deren Rechtswirkungen über den Verfügungszeitpunkt hinaus verbindlich Stellung beziehen. Eine solche Ausdehnung des richterlichen Beurteilungszeitraums ist indessen nur zulässig, wenn der nach Erlass der Verfügung eingetretene, zu einer neuen rechtlichen Beurteilung der Streitsache ab jenem Zeitpunkt führende Sachverhalt hinreichend genau abgeklärt ist und die Verfahrensrecht der Parteien, insbesondere der Anspruch auf rechtliches Gehör, respektiert worden ist (BGE 130 V 138 E. 2.1).

2.7 Der Beschwerdeführer besitzt die italienische Staatsangehörigkeit und wohnt in Deutschland, sodass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 lit. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei war im Rahmen

des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als „Mitgliedstaat“ zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (5. Mai 2014) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

2.8 Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die vorliegend zu beurteilenden Leistungsansprüche nach den neuen Normen zu prüfen.

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 5. Mai 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung der Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]).

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (5. Mai 2014) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

3.

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 5. Mai 2014 das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

4.

4.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). 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). 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 ATSG).

4.2

4.2.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 in Verbindung mit Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2; BGE 130 V 352 E. 2.2.1). Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit, als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei der versicherten Person sozialpraktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

4.2.2 Zur Annahme einer Invalidität ist - auch bei psychischen Erkrankungen - ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das klinische Beschwerdebild darf nicht einzig aus Beeinträchtigungen bestehen, welche von belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen, etwa eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenzustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, die in den

psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden und in diesen aufgehen, liegt kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vor (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des BGer 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

4.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung setzt voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei (vollen) Jahren Beiträge geleistet worden sind.

4.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), ist vorliegend gegeben. Nach der Rechtsprechung des EVG stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

4.5

4.5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand

zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

4.5.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

4.5.3 Gemäss Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG steht der ärztliche Dienst der IV-Stelle zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Versicherungsinterne Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf

die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der medizinische Dienst für die Beurteilung der Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt der versicherungsinterne Arzt seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit kein Grund, um einen Bericht des medizinischen Dienstes in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen). Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2). Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes 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 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

4.6 Vorliegend hat die Vorinstanz das Rentengesuch des Beschwerdeführers mit der Begründung abgewiesen, es liege eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 % für die Ausübung der Tätigkeit als Krankenpfleger vor. Dieser Invaliditätsgrad gebe kein Recht auf eine Rente. Der Beschwerdeführer hingegen ist der Auffassung, die Vorinstanz habe den Sachverhalt unvollständig und unrichtig festgestellt, indem sie weder den Berichten des Hausarztes Bedeutung beigemessen, noch dessen Beurteilung oder Unterlagen zur Medikation eingeholt habe. Zudem habe sich die Vorinstanz widersprüchlich verhalten, indem sie zuerst eine psychiatrische Untersuchung für notwendig erachtet habe, dann aber das von ihr veranlasste und dem

deutschen Rentenbescheid zugrunde liegende Gutachten als nicht nachvollziehbar eingestuft, aber keine neue psychiatrische Untersuchung angeordnet habe.

Vorab ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer während 107 Monaten Beiträge an die AHV/IV geleistet und somit die Mindestbeitragsdauer von drei Jahren erfüllt hat. Zu überprüfen bleibt die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung und in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

4.7 Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 5. Mai 2014 stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf den Schlussbericht des RAD-Arztes Dr. med. A. _____ vom 16. Oktober 2013 und der Zweitmeinung von Dr. B. _____ ihres medizinischen Dienstes vom 12. Dezember 2013 (IV-act. 34 und 37). Die entsprechenden Berichte sowie die ihnen zugrunde liegenden medizinische Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

4.7.1 Dipl.-Psych. E. _____, psychologischer Psychotherapeut, stellte in seinem Befundbericht vom 20. Dezember 2007 (IV-act. 15) die Diagnose mittelgradige depressive Episode bei Vorliegen eines Burn-out Syndroms (ICD-10: F32.1, Z73.0). Er führte aus, die depressive Symptomatik stehe im Zusammenhang mit der beruflichen Situation in der Altenpflege. In den letzten Jahren habe sich beim Patienten ein Gefühl von Niedergeschlagenheit und des "Ausgebranntseins" – begleitet durch eine massive Schlafstörung, Konzentrations- und Leistungsstörungen – entwickelt. Der Patient habe versucht, durch den Wechsel aus der stationären Pflege in die ambulante und nach Weiterbestehen der Symptomatik erneut zurück in die stationäre Arbeit eine Veränderung zu erreichen. Nachdem ihm dies nicht gelungen sei, habe sich die depressive Symptomatik bis zur Arbeitsunfähigkeit verstärkt. Nach einer Kündigung durch den Arbeitgeber und begleiteter ambulanter Psychotherapie habe sich eine deutliche Besserung gezeigt. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Symptomatik bei Wiederaufnahme einer Tätigkeit im alten Berufsbild schnell erneut auftreten werde. In seinem Befundbericht vom 5. November 2012 (IV-act. 14) stellte Dipl.-Psych. E. _____ erneut die Diagnose mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) und hielt an seinen früheren Ausführungen fest. Ergänzend brachte er an, bereits im Jahr 2007 habe aus psychotherapeutischer Sicht eine Berufsunfähigkeit für den Pflegeberuf bestanden.

Der Versicherte habe trotz der dringenden Empfehlung, im Beruf des Altenpflegers nicht mehr zu arbeiten, die Tätigkeit erneut aufgenommen; daraus habe eine erneute depressive Dekompensation resultiert. Bei einer erneuten Arbeitsaufnahme sei mit extrem hoher Wahrscheinlichkeit mit einem depressiven Rückfall zu rechnen. Die Idee einer Wiedereingliederungsmassnahme sei nicht nachvollziehbar. Zielführender und dem langjährigen Problem angemessen seien die Klärung einer Umschulungsmassnahme und die Entwicklung einer beruflichen Perspektive. Im Befundbericht vom 11. Februar 2013 (IV-act. 21) wiederholte Dipl.-Psych. E. _____ die Diagnose mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) und seine Begründungen. Zudem führte er aus, der Patient sei aktuell arbeitsunfähig und sehr stark resigniert. Durch die fehlende institutionelle Unterstützung sei eine massive Verzweiflung entstanden, sodass die Wiederherstellung einer Arbeitsfähigkeit nicht einschätzbar sei.

4.7.2 In der gutachterlichen Stellungnahme vom 27. Juni 2012 zur Arbeitsunfähigkeit auf Anfrage der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) (...) in Deutschland (IV-act. 12) gab Dr. med. Dipl. Psych. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Gutachter des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (im Folgenden: MDK) (...) an, der Versicherte leide an einer depressiven Befindensstörung als Reaktion auf eine berufliche Überforderungssituation (ICD-10: F43.2). Zu den Angaben des Versicherten wurde neben den bereits erwähnten Beschwerden ausgeführt, der Versicherte nehme keine Medikamente ein. Weiter wurde ausgeführt, der Versicherten sei bewusstseinsklar, allseits orientiert und im Kontakt zugewandt. Ein subdepressiver Affekt sei vorhanden; es bestehe ein deutlicher Leidensdruck. Sinnestäuschungen, formale oder inhaltliche Denkstörungen seien nicht zu eruieren; es bestehe kein Hinweis auf Suizidalität. Es liege "auf Zeit" noch eine psychische Störung von Krankheitswert, welche Arbeitsunfähigkeit bedinge, vor. Aus psychiatrischer Sicht liege eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht vor.

4.7.3 Im sozialmedizinischen Gutachten zuhanden der AOK Bad Homburg vom 7. Dezember 2012 (IV-act. 11) nannte Dr. med. G. _____, Gutachter des MDK (...), nach Überprüfung diverser ärztlicher Atteste von Dr. C. _____, Dipl.-Psych. E. _____ und Dr. med. F. _____ sowie einer am 6. Dezember 2012 erfolgten Untersuchung des Versicherten den Diagnosecode ICD-10: Z56 (Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben / nicht zusagende Arbeit). Er führte zusammengefasst aus, der Kontakt sei gut zustande gekommen. Der muttersprachlich sowohl italienisch als auch schweizerdeutsch sprechende Versicherte habe flüssig, idiomatisch

und grammatisch völlig sicher deutsch gesprochen. Es habe keine Störung der Orientiertheit zur Person, Zeit und Ort vorgelegen. Konzentration und affektive Schwingungsfähigkeit seien unbeeinträchtigt. Es habe weder eine maniforme Antriebssteigerung noch eine Minderung des Antriebs vorgelegen. Es gebe keinen Anhalt für das Vorliegen isolierter oder generalisierter Ängste, Panik, zwanghafter Symptomatik, Essstörungen, stoffgebundener Süchte, Halluzinationen oder Wahnideen. Die Kritikfähigkeit sei nicht beeinträchtigt. Eine Leistungsminderung könne nicht festgestellt werden; es liege keine Arbeitsunfähigkeit vor. Eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit sei nicht gegeben; eine Rehabilitationsmassnahme sei weder sinnvoll, noch vom Versicherten gewünscht. Die besondere Konstellation des Versicherten bestehe darin, dass er seine erlernte und bisherige Tätigkeit als Altenpfleger nicht mehr ausüben wolle. Ausser einer Durchschlafstörung seien keine gravierende Krankheitssymptome festzustellen. Insofern sei von einer vollen Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf auszugehen.

4.7.4 Dr. med. C._____, Facharzt für Innere Medizin, hielt in seinem ärztlichen Attest vom 7. März 2013 (IV-act. 20) dafür, dass beim Versicherten zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit eine psychophysische Erschöpfung im Vordergrund gestanden habe. Trotz Psychotherapie habe aus seiner Sicht keine Besserung der Beschwerden erzielt werden können. Insbesondere wegen der Belastung aufgrund der wiederholten Ablehnung von Anträgen und dem Gefühl nicht ernst genommen zu werden, sei es zu einer zunehmenden Verzweiflung und Ohnmacht gekommen. Die psychische Situation habe sich deutlich verschlechtert, sodass der Versicherte weiterhin und eher noch zunehmend arbeitsunfähig sei.

4.7.5 Nachdem die ärztlichen Atteste der Dres. med. E._____, F._____, G._____ und C._____ dem RAD-Arzt Dr. med. A._____ unterbreitet wurden, äusserte sich dieser in der Stellungnahme vom 13. Juni 2013 (IV-act. 23) dahingehend, dass weiterhin eine depressive Störung mittelgradiger Ausprägung angegeben worden sei, die eine Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach wie vor nicht zulasse. Die bisher vorgenommenen Behandlungsversuche zur Therapie der Depression seien aber völlig unzureichend gewesen. Es könne von Versicherten verlangt werden, sich bei einem Facharzt für Psychiatrie in psychiatrische Behandlung zu begeben und z.B. Pharmakotherapie aufzunehmen. Bei ausreichender Dosierung und ausreichend langer Behandlungsdauer

könne durchaus mit einer Besserung der Beschwerdesymptomatik gerechnet werden. Zur weiteren Beurteilung des Falles sei daher ein Behandlungsbericht von einem Facharzt für Psychiatrie vorzulegen.

4.7.6 In der Folge gingen am 31. Juli 2013 bei der Vorinstanz der auf den 7. Mai 2013 datierten Befundbericht (IV-act. 27) von Dipl.-Psych. E. _____ sowie der von Dr. med. C. _____ am 13. Mai 2013 auf dem Formular E 213 verfasste Arztbericht (IV-act. 28) ein. Dipl.-Psych. E. _____ wiederholte seine Ausführungen und gab abermals an, der Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F33.1) Dr. med. C. _____ stellte erneut die Diagnosen Depression und psychophysischer Erschöpfungszustand.

4.7.7 Im psychiatrischen Fachgutachten zuhanden der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 12. Juli 2013 (IV-act. 29) stellte Frau D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aufgrund ihrer Untersuchung vom 11. Juli 2013 (IV-act. 29, S. 3) die Diagnose mittelgradige, rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1). Zum psychiatrischen Untersuchungsbefund (S. 13 ff.) führte sie aus, der Versicherte sei wach, das Bewusstsein nicht eingeengt; die Orientierung zeitlich, zur Person und situativ sicher. Es beständen Konzentrationsdefizite, die Merkfähigkeit sei reduziert, das Gedächtnis intakt. Weiter sei die Affektlage depressiv, die affektive Resonanz aufgehoben. Der Versicherte habe Zukunftsängste, Minderwertigkeitsgefühle und Angst vor Überforderung. Es bestehe eine Anhedonie, ein sozialer Rückzug und eine unsichere Zukunftsperspektive mit Resignation. Hinweise auf Zwangsgedanken oder Handlungen fänden sich nicht. Es liege eine Antriebsstörung vor; die Psychomotorik sei gehemmt und verarmt. Inhaltliche Denkstörungen und Wahngedanken seien nicht zu erkennen, ebenso beständen keine Störungen des Ich-Erlebens. In ihrer Epikrise (S. 29 f.) führte Frau D. _____ aus, der Versicherte habe eine Umschulung machen wollen, welche abgelehnt worden sei. Gleichzeitig habe er mit einer Psychotherapie und einer antidepressiven medikamentösen Behandlung begonnen. Nach einem Arbeitsversuch sei er im März 2012 mit schwerer depressiver Symptomatik erkrankt. Im Verlauf habe sich die Symptomatik durch Psychotherapie und antidepressiver Medikation leicht auf eine mittelschwere Symptomatik verbessert. Der Versicherte könne mit psychotherapeutischer Hilfe im häuslichen Umfeld seine Ängste kontrollieren und komme im gewohnten Umfeld zurecht. Jedoch habe er sich sozial zurückgezogen und grosse Ängste vor Neuem. Er sei für eine berufliche Tätigkeit von drei oder mehr Stunden nicht belastbar; von einer Verbesserung der Symptomatik in einem Zeitraum von unter drei

Jahren sei nicht auszugehen. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit seit März 2012.

4.7.8 Nach Würdigung der medizinischen Berichte von Dipl.-Psych. E._____, Dr. med. C._____, sowie des Gutachtens der Ärztin D._____ stellte der RAD-Arzt Dr. med. A._____ in seinem Schlussbericht vom 16. Oktober 2013 (IV-act. 34) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, leichte/mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0/1) und führte aus, der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit ab Juli 2013 zu 20-30 %, für Tätigkeiten im Haushalt zu 0 % und in einer angepassten Tätigkeit ab Juli 2013 ebenfalls zu 20 – 30 % arbeitsunfähig. Er gab zusammengefasst an, die Einschätzung der Ärztin D._____ könne nicht nachvollzogen werden. Diese stelle beim Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit ab März 2012 fest. Sie habe zwar infolge einer Psychotherapie und AD-Behandlung eine leichte Verbesserung erkennen können, aber dennoch keine Arbeitsfähigkeit in einem Zeitraum von drei Jahren für möglich erachtet, während bei zwei Untersuchungen im Juni 2012 und Dezember 2012 keine Minderung der Erwerbsfähigkeit habe gefunden werden können. Es sei sogar eine volle Leistungsfähigkeit im erlernten Beruf festgestellt worden.

4.7.9 Dr. B._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, würdigte am 12. Dezember 2013 (IV-act. 37) sowohl die Stellungnahmen von Dr. med. A._____, als auch die medizinischen Akten, welche ihm im Rahmen einer psychiatrischen Zweitmeinung unterbreitet worden waren. Er führte zusammengefasst aus, mit den beiden Stellungnahmen von Dr. med. A._____ in dem Sinne einig zu sein, dass aufgrund des vorliegenden Dossiers unter Berücksichtigung der beschriebenen Befunde, im angestammten Beruf keine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 – 30 % bestehe, in Verweistätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 %. Er gab ergänzend an, dass er die Beurteilung der Ärztin D._____ bezüglich der Arbeitsunfähigkeit ebenfalls nicht nachvollziehen könne. Was ein neutraler Beobachter nachvollziehen könne, sei die Frustration des Versicherten, welchem die Umschulung und Rehabilitation verweigert worden sei. Falls die Abneigung gegen seinen Beruf, beziehungsweise die vom Versicherten geltend gemachten Überforderungsgefühle (was in diesem Beruf nicht unüblich sei) tatsächlich so gross sei, wäre ihm eine Verweistätigkeit dieser eher dürftigen Befundlage zumutbar.

4.7.10 Der Beschwerdeführer gab am 30. November 2012 im Selbsteinschätzungsbogen in der Anlage zum Rentenantrag (IV-act. 9, S. 11) an, er

fühle sich überhaupt nicht fähig, am Arbeitsleben teilzunehmen, könne sich nicht konzentrieren, habe Antriebsprobleme, Unruhe und Schlafschwierigkeiten. Er könne der hohen Verantwortung gegenüber den Patienten nicht gerecht werden, sei gehetzt und müsse Überstunden leisten ohne Ausgleich. Psychotherapie habe zur Lösung seiner Schwierigkeiten mit der Arbeit nicht geholfen, eine Perspektive zu entwickeln. Anlässlich der von Dr. med. Dipl. Psych. F. _____ durchgeführten Untersuchung am 27. Juni 2012 (IV-act. 12) äusserte er sich dahingehend, dass er sich ausgebrannt, erschöpft und nicht mehr leistungsfähig fühle. Er habe Zukunftsängste und wisse nicht, ob er in den Beruf zurückgehen solle. Die Belastung sei sehr hoch, er fühle sich gehetzt und dies habe ihn krank gemacht. Von der Arbeit möchte er Abstand nehmen, um mehr Zeit für die Familie zu haben. Medikamente nehme er nicht ein. Anlässlich der von Dr. med. G. _____ des MDK (...) im Auftrag der AOK (...) durchgeführten Untersuchung am 6. Dezember 2012 (IV-act. 11) führte der Versicherte aus, er habe lange gekämpft, um mit der Arbeit in der Pflege zurecht zu kommen. Diese Arbeit könne und wolle er nicht mehr machen, sodass er aus dem Beruf ausgeschieden sei. In der Altenpflege werde man nur gehetzt; er könne nicht im Büro arbeiten; er könne im Moment gar nicht arbeiten. Jeder Druck sei kontraproduktiv und stosse bei ihm auf Ablehnung. Weiter nannte er eine Konzentrations-, Antriebs- und Schlafstörung und gab an, manchmal unruhig zu sein. In seiner Ehe gebe es keinerlei Probleme. In der Freizeit lese er sehr viel, gehe manchmal spazieren. Am liebsten würde er einfach weglaufen, eine Weltreise machen. Er habe am 15. November 2012 einen Antrag auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente gestellt. Wenn die Rentenversicherung einer Umschulung zustimmen würde, könne er sich wegen der Rente bewegen. Ohne Zustimmung zur Umschulung könne er sich nicht bewegen. Einer Rehabilitationsmassnahme würde er zustimmen, wenn diese zielführend sei. Anlässlich der am 11. Juli 2013 durchgeführten Untersuchung (IV-act. 29) äusserte sich der Versicherte zusammengefasst dahingehend, dass er sich gehemmt, niedergeschlagen, innerlich angespannt, gehetzt, minderwertig, oft verzweifelt fühle; zudem sei er körperlich oft erschöpft und ausgebrannt, habe resigniert. Er fühle sich kraft- und wertlos, leistungsunfähig. Er habe sich sozial zurückgezogen und bewege sich nur noch im häuslichen Umfeld. Als aktuelle Medikation wurde 40 mg (...) angegeben. Der Tagesablauf gestalte sich folgendermassen: der Versicherte stehe um 7 Uhr mit seiner Frau auf, frühstücke, bringe das Kind in den Kindergarten, mache den Haushalt, hole das Kind ab und verbringe den Abend mit der Familie. Es sei das Ergebnis

der psychotherapeutischen Behandlung, das Leben einigermaßen so hinzubekommen; Dinge ausserhalb des familiären Alltags machten ihm grosse Angst.

4.8

4.8.1 Bei den Stellungnahmen von Dr. med. A. _____ (RAD-Arzt) und Dr. B. _____ handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV siehe Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.6.3 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

4.8.2 Vorliegend führten sowohl der RAD-Arzt Dr. med. A. _____ als auch Dr. med. B. _____ vom medizinischen Dienst für die Beurteilung des Leistungsanspruchs keine eigene ärztliche Untersuchung durch, sondern zogen die Gutachten bzw. medizinischen Atteste der deutschen Ärzte heran und werteten diese aus. Die Stellungnahmen vom 16. Juni 2013 (IV-act. 23), 16. Oktober 2013 (IV-act. 34) und vom 12. Dezember 2013 (IV-act. 37) sind somit reine Aktenberichte (vgl. E. 4.6.3). Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens oder – wie im vorliegenden Fall – im Widerspruch mit einer vorhandenen Expertise entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen, vgl. auch Urteil des BGer 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2).

4.8.3 Der Versicherte liess beschwerdeweise geltend machen, die psychische Befindlichkeit der von rezidivierende depressive Störungen Betroffenen sei Schwankungen unterworfen. Der RAD bzw. die Vorinstanz hätten im Oktober 2013 bzw. Mai 2014 hauptsächlich auf zwei Momentaufnahmen aus dem Jahr 2012 abgestellt. Die einzige medizinische Fachperson, der Internist und Hausarzt C._____, welcher den Versicherten seit 2012 und auch schon früher medizinisch betreut und diesem Psychopharmaka verschrieben habe, habe mit seinen Berichten überhaupt keine Bedeutung in der Schlusseinschätzung des RAD und der Vorinstanz erlangt. Im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes wäre es Sache der Vorinstanz gewesen, die Unterlagen zur Medikation durch C._____ einzuholen und diese in die Beurteilung des Falles einzubeziehen. Insbesondere da der RAD moniert habe, dass keine Therapie mit Psychopharmaka erfolgt sei, was nicht den Tatsachen entspreche und der RAD dem Versicherten vorwerfe, er müsse sich einer solchen Therapie unterziehen, um eine Verbesserung seines Zustandes zu erreichen.

4.8.4 Den Behauptungen des Beschwerdeführers ist entgegenzuhalten, dass der RAD-Arzt Dr. med. A._____ in seinen Stellungnahmen vom 13. Juni 2013 und 16. Oktober 2013 (IV-act. 23, 34) sämtliche medizinische Berichte lückenlos und vollständig zusammengefasst hat. So hat er sich mit den Befundberichten von Dr. E._____ vom 20. Dezember 2007, 5. November 2012, 11. Februar 2013 und 7. Mai 2013 (IV-act. 15, 14, 21, 27), der gutachterlichen Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit von Dr. med. F._____ vom 27. Juni 2012 (IV-act. 12), dem sozialmedizinischen Gutachten von Dr. med. G._____ des MDK (...) zuhanden der AOK vom 7. Dezember 2012 (IV-act. 11), dem ärztlichen Attest sowie dem ärztlichen Befundbericht von Dr. C._____ vom 7. März 2013 und 13. Mai 2013 (IV-act. 20, 28) sowie dem psychiatrischen Fachgutachten von Dr. D._____ vom 12. Juli 2013 (IV-act. 29) auseinandergesetzt. Er hat demnach, entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers, nicht allein auf zwei Momentaufnahmen aus dem Jahr 2012 abgestellt.

4.8.5 Sowohl der RAD-Arzt Dr. med. A._____ als auch der Gutachter des medizinischen Dienstes, Dr. med. B._____, verfügen über einen Facharztstitel in der medizinischen Disziplin Psychiatrie und Psychotherapie, weshalb ihre Stellungnahmen (IV-act. 23, 34 und IV-act. 37) betreffend die Würdigung der psychiatrischen Gutachten und Befundberichte der Dres. med. F._____, G._____, sowie des Dipl.-Psych. E._____ und der Fachärztin D._____ volle Beweiskraft zukommen kann, wenn die übrigen, von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten

Kriterien erfüllt sind. Hingegen verfügt der Hausarzt und Arzt der Inneren Medizin Dr. med. C. _____ nicht über einen Facharzttitel der Psychiatrie. Seine Berichte sind ausserdem ohne Angabe von Diagnosecodes, nicht detailliert und sehr allgemein gehalten. Sie sind zu wenig aussagekräftig, um als Grundlage für die Beurteilung des Leistungsgesuchs dienen zu können, und überdies aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung des Hausarztes mit Vorbehalt zu würdigen (vgl. E. 4.5.2).

4.8.6 Aus dem Bericht von Dr. F. _____ (IV-act. 12), welcher anlässlich der Untersuchung vom 27. Juni 2012 erstellt worden war, geht hervor, dass die vorhandene psychische Störung eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bedingt, jedoch fehlen präzisere Angaben zum Grad der Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist der Bericht sehr kurz ausgefallen und enthält Ungenauigkeiten betreffend die Ausübung der angestammten Tätigkeit im Juni 2012. Hingegen ist der Bericht von Dr. G. _____, der auf eine Untersuchung vom 6. Dezember 2012 basiert, ausführlicher. Darin wird keine Leistungsminderung festgestellt, die aktuell – d.h. am 6. Dezember 2012 – eine Arbeitsunfähigkeit bedingen würde. Es fehlen jedoch für die Zeit vor und nach der Untersuchung nachvollziehbare Feststellungen bzw. Prognosen. Der Bericht stellt insgesamt keine genügende Grundlage für die Gesamtbeurteilung des Falles bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (5. Mai 2014) dar.

4.8.7 Die Fachärztin D. _____ stützte sich in ihrem Gutachten (IV-act. 29) auf die ärztlichen Berichte der Dres. G. _____, E. _____, C. _____ und die Untersuchung des Versicherten und führte zusammengefasst in der Anamnese (S. 6 ff.) aus, der Versicherte habe seit 2007 depressive Symptome gehabt und sei immer weniger mit der Arbeit zurechtgekommen; sein Antrag auf Umschulung sei jedoch abgelehnt worden. Er habe seine Berufstätigkeit fortgesetzt, sei weiterhin depressiv gewesen, weshalb er psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen und Medikation eingenommen habe. In der Epikrise (S. 15 f.) gibt die Fachärztin D. _____ weiter an, der Versicherte habe nach Ablehnung des Reha-Antrags 2010 erneut zu arbeiten begonnen und sei letztendlich mit schwerer depressiver Symptomatik im März 2012 erkrankt. Weiter gab die Fachärztin D. _____ an, die Symptomatik habe sich durch Psychotherapie und antidepressiver Medikation auf eine mittelschwere Symptomatik verbessert. Dazu lässt der Versicherte beschwerdeweise geltend machen, die Vorinstanz habe dies nicht gewürdigt; im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes wäre es ihre Sache gewesen, die Unterlagen zur Medikation durch Dr. med. C. _____ einzuholen und diese in die Beurteilung des Falles

einzu beziehen. Es geht jedoch aus keinem medizinischen Bericht hervor, dass tatsächlich eine Behandlung mit Antidepressiva erfolgt ist. Der Beschwerdeführer selbst äusserte sich dazu anlässlich der von Dipl.-Psych. F._____ durchgeführten Untersuchung vom 27. Juni 2012 (IV-act. 12, S. 2; E. 4.7.2) dahingehend, dass er keine Medikamente nehme. Lediglich die Fachärztin D._____ führte in ihrem ärztlichen Gutachten in der Anamnese aus, die aktuelle Medikation sei (...) 40 mg (IV-act. 29, S. 8) und kommt dann in der Epikrise zum Schluss, der Versicherte habe seit 2007 eine depressive Symptomatik entwickelt und nach einer abgelehnten Umschulung mit einer antidepressiven medikamentösen Behandlung begonnen (IV-act. 16). Trotz klarer Hinweise in den Vorakten, dass keine Medikation erfolgt ist, stellte sie auf die Angaben des Beschwerdeführers ab, ohne zu überprüfen, ob dieser tatsächlich (...) eingenommen hat. Ebenso blieb der Bericht von Dipl.-Psych. F._____, in welchem ausgeführt wurde, der Versicherte nehme keine Medikamente, unberücksichtigt (IV-act. 12; S. 2; vgl. E. 4.7.2). Es ist nicht erstellt, dass der Beschwerdeführer medikamentös behandelt worden ist. Für die Vorinstanz bestand kein Anlass, diesbezüglich weitere Unterlagen vom Hausarzt Dr. med. C._____ anzufordern, zumal dessen Befunde (IV-act. 20, 28) sowohl vom RAD-Arzt als auch vom Gutachter Dr. med. G._____ (IV-act. 11) gewürdigt worden sind. Im Weiteren wurde lediglich die Diagnose mittelschwere depressive Episode (ICD 10 F33.1) genannt, jedoch nicht nachvollziehbar aufgezeigt, in welcher Schwere die Symptome vorliegen oder inwiefern Schwierigkeiten bestehen, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen. Zudem sind die internistischen Angaben im psychiatrischen Untersuchungsbefund nicht nachvollziehbar (IV-act. 29, S. 14). Zusammengefasst hat sich die Fachärztin D._____ weder mit den gesamten Vorakten resp. deren abweichenden psychiatrischen Einschätzungen auseinandergesetzt, noch hat sie ihre eigene Einschätzung oder ihre Schlussfolgerungen begründet. Anzumerken ist auch, dass ihr Gutachten nicht vollständig in den Akten liegt; es fehlen die Seiten 17 und 18, sowie Seiten weiterer medizinischer Dokumente im Zusammenhang mit dem Gutachten. Das Gutachten der Fachärztin D._____ entspricht nicht den Anforderungen der Rechtsprechung hinsichtlich des Beweiswertes und hat somit nicht den vollen Beweiswert.

4.8.8 Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.5.3 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen.

4.8.9 Sowohl der RAD-Arzt Dr. med. A. _____ als auch Dr. med. B. _____ vom medizinischen Dienst der IVSTA beurteilten die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der vorhandenen Akten des Dossiers, ohne den Beschwerdeführer persönlich untersucht zu haben. Nachdem Dr. A. _____ die Akten überprüft hatte, kam er in seinem Schlussbericht vom 13. Juni 2013 (IV-act. 23) zum Ergebnis, dass der Fall nicht beurteilt werden könne, weshalb ein Untersuchungsbericht von einem Facharzt für Psychiatrie vorzulegen sei. Das daraufhin von Dr. D. _____ erstellte Gutachten erfüllte die Anforderungen des RAD-Arztes nicht. Er gab in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2013 (IV-act. 34) an, er könne das Gutachten nicht nachvollziehen. Dennoch beurteilte er die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der vorliegenden – im Juni 2013 noch als ungenügend erachteten – Akten und kam zum Schluss, der Beschwerdeführer sei ab Juli 2013 sowohl in seiner zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 20 % bis 30 % arbeitsunfähig. Dr. med. A. _____ begründete zudem weder seine aktuelle Diagnose noch seine Schlussfolgerungen für die Arbeitsunfähigkeit. Er durfte sich in seinem Schlussbericht nicht auf dieselben medizinischen Akten abstützen, welche er zuvor als ungenügend erachtet und deswegen weitere Abklärungen für erforderlich gehalten hatte, zumal diese Akten im Zeitpunkt der Verfügung nicht mehr aktuell waren und den Krankheitsverlauf nach Ende 2012 nicht weiter dokumentierten. Die Beurteilung des RAD-Arztes ist nicht konsistent und kann nicht nachvollzogen werden. Die Voraussetzungen für eine bloße Aktenbeurteilung durch den RAD können nicht als gegeben erachtet werden. Ein lückenloser Befund bzw. ein feststehender medizinischer Sachverhalt liegt nicht vor.

4.9

4.9.1 Unter den gegebenen Umständen ist festzuhalten, dass eine zuverlässige Einschätzung, in welchem Mass der Beschwerdeführer Einschränkungen unterliegt, aufgrund der bestehenden Aktenlage und ohne dessen persönliche Untersuchung nicht rechtsgenügend beurteilt werden kann. Der rechtserhebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht resp. die Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist durch die Vorinstanz nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt wurden (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 und Art. 49 lit. b VwVG), sodass die Verfügung vom 5. Mai 2014 aufzuheben ist.

4.9.2 Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA auch im Lichte der Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 ausnahmsweise möglich. Zu beachten sind insbesondere die Ausführungen des Bundesgerichts, wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege. Im Rahmen der *de lege lata* gegebenen Organisation dränge es sich vielmehr auf, das drohende Defizit dort durch gerichtliche Expertisen auszugleichen, wo die Gerichte bei der Würdigung des Administrativgutachtens im Kontext der gesamten Aktenlage zum Schluss kommen, weitere Abklärungen seien notwendig (BGE 137 V 210 ff., E. 4.2).

4.9.3 Hier liegt indessen nicht ein vom Bundesverwaltungsgericht zu würdigendes Administrativgutachten im Recht. Vielmehr war die Zulässigkeit eines Aktenberichts durch den IV-ärztlichen Dienst bzw. den RAD zu beurteilen. Wie sich vorstehend gezeigt hat, konnte weder der eine noch der andere auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen offensichtlich unzulässig, was zwangsläufig zur weiteren Sachverhaltsabklärungen hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären (sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann), auf das Gericht. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, als dass die Aktenbeurteilung durch den RAD (oder den medizinischen Dienst der Vorinstanz) gestützt auf ausländische Arztberichte, die oftmals weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis der Vorakten und der spezifischen versicherungsmedizinischen Anforderungen der Invalidenversicherung verfasst werden, häufig vorkommen. Weiter ist zu beachten, dass für Fälle mit Auslandsbezug eine spezialisierte IV-Stelle eingerichtet worden ist. Daher und aufgrund dessen, dass vorliegend aufgrund der Aktenlage keine genügende Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers erfolgen

konnte – mithin sein Gesundheitszustand als nahezu ungeklärt zu betrachten ist, ist die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen, mit der Anweisung, eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz durchzuführen und insbesondere abzuklären, ob und in welchem Ausmass emotionale Konflikte und psychosoziale Belastungen vorliegen und im weiteren die Frage nach der Art, Durchführung, Dauer und Wirksamkeit der bisherigen Therapie zu beantworten.

5.

Die Beschwerde vom 16. Juni 2014 ist daher insoweit gutzuheissen, als die angefochtenen Verfügungen vom 5. Mai 2014 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen der rechtserheblichen Tatsachen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.

6.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Prüfung eines Rentenanspruchs alleine aufgrund der schweizerischen Bestimmungen zu erfolgen hat. Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (E. 2.2). Aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer vom deutschen Sozialversicherungsträger mit Wirkung ab 1. November 2012 eine bis zum 31. August 2015 befristete Rente zugesprochen erhalten hat, kann er im Zusammenhang mit dem Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente nichts zu seinen Gunsten ableiten.

7.

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteienschädigung.

7.1 Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG sind die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen. Die Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Kosten aufzuerlegen; der von ihm geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der unterliegenden Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.2 Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG kann die Beschwerdeinstanz der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren

eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen.

7.3 Die Parteientschädigung umfasst dabei die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE das Anwalts-honorar (lit. a), den Ersatz der Auslagen (lit. b) und der Mehrwertsteuer (lit. c), wobei Letztere nur dann geschuldet ist, wenn die zu entschädigende Partei Wohnsitz oder Sitz in der Schweiz hat (vgl. dazu Urteile des BVGer C-3362/2013 vom 29. Februar 2016 E. 11.2, C-3800/2012 vom 27. Mai 2014, C-7742/2009 vom 9. August 2012 E. 7.2, C-6248/2011 vom 25. Juli 2012 E. 12.2.5 m.w.H. und C-6173/2009 vom 29. August 2011 m.H). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen (Art. 10 Abs. 1 VGKE), wobei der Stundensatz für Anwälte und Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- beträgt (Art. 10 Abs. 2 VGKE).

7.4 Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da 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 sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'500.- exklusiv Mehrwertsteuer, die aufgrund des Wohnsitzes des Beschwerdeführers im Ausland nicht geschuldet ist [vgl. vorstehende E. 7.3]) gerechtfertigt.

(Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde vom 16. Juni 2014 wird in dem Sinne gutgeheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 5. Mai 2014 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen gemäss Ziff. 4.9.3 an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Barbara Camenzind

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: