

BVGer C-7273/2014 vom 14. März 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-03-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7273_2014

FR: TAF C-7273/2014 du 14 mars 2017

IT: TAF C-7273/2014 del 14 marzo 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und dem Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 1. Juni 2015 die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde, womit kein Kostenvorschuss zu leisten war, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG sowie Art. 52, 63 Abs. 4 und 65 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Spanien, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der

Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit 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 abgelöst worden.

E. 2.2

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitglied-staat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 2.3

Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Spanien und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sah bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor.

E. 2.4

Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1-2.4).

E. 3.1

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 14. November 2014) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Nach Verfügungserlass verfasste ärztliche Berichte können berücksichtigt werden, wenn sie (rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden - gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers nehmen, somit mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80

E. 6b).

E. 3.2

Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV (SR 831.201) ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Soweit ein Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen ist, sind weiter die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]). Nachfolgend wird auf die ab 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen verwiesen, ausser diese hätten mit der IV-Revision 6a eine Änderung erfahren.

E. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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. Hieran hat die 6. IV-Revision nichts geändert. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie der Beschwerdeführer - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 3.4

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 4.1

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

E. 4.2

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des Bundesgerichts

9C_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

E. 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 der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

E. 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b, 122 V 160 E. 1c, 123 V 178 E. 3.4 sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, 2015, Art. 43 Rz. 55).

E. 5.1

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die IVSTA zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Ausrichtung einer Invalidenrente verneint hat, weil ihm seit dem 24. Juni 2010 eine leidensangepasste leichte Verweistätigkeit, ohne schwere Arbeiten, ohne Tragen schwerer Lasten mit der rechten Hand, ohne Nacht- und Schichtarbeit, ohne Übertragungsrisiko, zu 100% zumutbar sei.

E. 5.2

Einleitend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer während über 14 Jahren in der Schweiz gearbeitet und Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat (doc. 67 S. 2; B-act. 30) und damit die versicherungsmässigen Voraussetzungen nach Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt.

E. 5.3

Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer invalid im Sinne des Gesetzes ist. Den zahlreichen medizinischen Akten aus Spanien ist Folgendes zu entnehmen: Von Mai bis Oktober 2001 befand sich der Beschwerdeführer wiederholte Male in ärztlicher Untersuchung am Universitätsspital J. _____ in K. _____ (CD 1-13). Dem Laborbericht vom 16. Mai 2001 ist erstmals der Hinweis auf das Vorliegen einer viralen Hepatitis C zu entnehmen (Ergebnis bestätigt in Bericht vom 31. Juli 2001; CD 1, 7). Im Zeitraum von 2002 bis 2006 sind keine Berichte aktenkundig. Am 13. Dezember 2007 und 1. Januar 2008 begab sich der Beschwerdeführer notfallmässig in Behandlung wegen episodisch stark erhöhtem Blutdruck (Blutdruckspitzen bis 220 mm Hg; vgl. CD 15, 16). Am 13. Juli 2009 ist eine Konsultation wegen Zervikalgien erfolgt; als provisorische Diagnosen wurden aber Schwindel und arterielle Hypertonie festgehalten (CD 17). Ab April bis Juli 2010 (bis zur Arbeitsaufgabe am 5. Juli 2010) sind verschiedene Labor- und Abdomenuntersuchungen im Universitätsspital J. _____ in K. _____ aktenkundig (doc. 16, 22, 50, 51 S. 1-3, 53; CD 18-20); dabei sind einem handschriftlichen Bericht vom 24. Juni 2010 erstmals Hinweise auf Schwächeanzeichen infolge der Hepatitis C vorhanden (CD 20). Im September bis Dezember 2010 folgten weitere Laboranalysen und eine Konsultation im Fachbereich Hepatologie (d.h. Leber und Gallenwege) oder Verdauungstrakt wegen der Hepatitis C und ab November 2010 eine erste Untersuchung wegen eines Traumas (Sturz) auf die rechte Hand, das mit einer Gipsschiene und Medikamentengabe behandelt wurde (CD 21-29). Nach weiteren Analysen betreffend die Hepatitis C wurde im Februar 2011 eine antivirale Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin während 12 Monaten angeordnet (CD 30-34). Während der Behandlung erfolgte ein virologischer Rückfall; rückblickend stellten die Ärzte zudem eine erfolglose Behandlung mit der Kombinationstherapie fest. In einem Antrag des Dienstes zur Valorisierung einer dauernden Erwerbsunfähigkeit der Provinzdirektion K. _____ vom 14. Juli 2011 ist weiter zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an Sekundärfolgen der antiviralen Therapie wie Schwäche, Irritierbarkeit, Unlust, Kopfweh, Husten und Schleimauswurf leide (doc 32 S. 2, 65 S. 2; CD 36; s. auch doc. 7 und CD 40). In seinem Arztbericht vom 30. März 2012 berichtete Dr. D. _____, dass der Patient aus klinischer Sicht stabil sei trotz verbleibender Schwäche (doc. 10). Dr. E. _____, Versicherungsmediziner des INSS, bestätigte in seinem eingehenden Bericht zur "Valorisierung der Arbeitsunfähigkeit" vom 11. April 2012, dass die chronische Hepatopathie (Lebererkrankung) als Folge einer Hepatitis C aktuell stabil sei und nur eine Schwäche vorliege. Es gebe keine Zeichen für eine Leberdysfunktion, keine Ödeme an den Beinen, keine Ösophagusvarizen und nur eine leichte Beeinträchtigung im Blutbild (doc. 8). Rund ein Jahr später, am 5. April 2013,

diagnostizierte Dr. F. _____ gestützt auf eine gleichentags erstellte "Echografie Abdomen" (CD 61) unter anderem eine Leberzirrhose mit portalem Bluthochdruck (doc. 35; bestätigt mit weiterem Bericht vom 18. Oktober 2013 [doc. 57]). Dr. G. _____ bestätigte in ihrem Bericht vom 8. November 2013 - gestützt auf eine Leberuntersuchung - die Diagnose Leberzirrhose (doc. 26 S. 1). In ihrem Bericht vom 25. April 2014 hielt Dr. F. _____ - gestützt auf eine weitere Echografie Abdomen (CD 83) - fest, dass eine Leberzirrhose ohne innere Knoten vorliege, mit einer Milzvergrößerung als einziges Anzeichen für portalen Bluthochdruck (doc. 26 S. 2). Im Juli 2011 diagnostizierten die behandelnden Ärzte als Folge des Traumas an der rechten Hand (von September 2010) einen degenerativen Riss der dreieckigen, aus Faserknorpel bestehenden Zwischengelenksscheibe am rechten Handgelenk, eine "Erosion" in der ellbogenseitigen Fuge des Handgelenks sowie im Grundgelenk des rechten Daumens metakarpal (CD 37, 39). Diesbezüglich beklagte der Beschwerdeführer auch später noch Schmerzen insbesondere im Daumengelenk (Berichte vom 3. Februar 2012 [CD 42] und 22. März 2012 [CD 44]), weshalb nach mehrfachen Infiltrationen ohne deutliche Besserung (CD 46, 47) am 15. April 2013 schliesslich eine Arthrodesse (Versteifung) des rechten Daumengelenks metakarpal vorgenommen wurde (doc. 61 S. 1 und 2; CD 62 f.; B-act. 33 Beilage 2). Es sind trotz Arthrodesse und Physiotherapiebehandlung verbleibende Restschmerzen aktenkundig (doc. 58-60). Des Weiteren ist den Arztberichten anfangs September 2012 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer wegen der geplanten Aushöhlung einer grossen Papille an beiden Augen untersucht wurde (CD 48-51). Am 21. Februar 2013 erfolgte ein operativer Eingriff an beiden Augen (CD 48; doc. 55, 56), der - trotz Verletzung innerer optischer Nerven - ohne funktionelle Beeinträchtigung blieb (B-act. 17 Beilage 2). Erstmals ist dem Arztbericht von Dr. H. _____, Psychiaterin am Universitätsspital J. _____, vom 31. Oktober 2012 zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer wegen Ängstlichkeit, Depression, Todesgedanken und zeitweisen Suizidgedanken in fachärztliche Behandlung begeben habe. Sie attestierte eine depressive Episode (doc. 62 S. 2). Am 14. Dezember 2012 attestierte sie eine Verbesserung des Zustandes unter medikamentöser Behandlung (doc. 62 S. 3). Am 14. Februar 2013 erfolgte eine weitere Konsultation wegen depressiver Episode (doc. 24). In ihrem Bericht vom 23. Mai 2014 (doc. 23) bestätigte die behandelnde Psychiaterin eine Behandlung seit mehr als einem Jahr wegen ängstlich-depressiver Klinik mit Elementen des Typs Phobie, mit Angstkrisen in geschlossenen Räumen, in Menschenmengen und Lärm. Nach Behandlung mit Sertralin habe sich eine Besserung der depressiven Klinik eingestellt und seien die Suizidideen verschwunden. Die ängstlich phobische Klinik oszilliere jedoch. Nach Entdecken kardiologischer Symptome im November 2013 sei die Angst mit einigen phobischen Symptomen wieder aufgelebt. Nach Behandlung bei ihr habe sich eine Verbesserung eingestellt, jedoch mit oszillierenden ängstlichen Krisen und phobischen Phänomenen sowie leichter Hyperthymie (erhöhter psychomotorischer Aktivität). Ab November 2013 sind weitere Notfallaufnahmen aktenkundig wegen erneuter Blutdruckspitzen (Berichte vom 21. November 2013 [CD 74], vom 19. Januar 2014 [CD 77]) und erhöhten Blutzuckerspiegels (Berichte vom 19. Januar 2014 [CD 77], 26. Januar 2014 [doc. 18] und 17. Februar 2014 [doc. 62 S. 1]). Ab November 2013 sind zudem Spitalbesuche wegen präkordialen Brustschmerzen erfolgt, ohne dass ein pathologisches kardiales Geschehen hätte bestätigt werden können (Berichte vom 21. November 2013 [CD 73, 74], 11. Februar 2014 [CD 79] und 31. Juli 2014 [CD 90]). Einer Auflistung vom 6. Juni 2014 (doc. 28) sind schliesslich folgende, im Universitätsspital J. _____ insgesamt behandelte Diagnosen zu entnehmen:

Ösophagus-Varizen Grad 0-1, Leberzirrhose mit portalem Bluthochdruck, stabile Angina Pectoris, Diabetes Mellitus Typ 2 insulin-abhängig, Hepatitis B positiv, Schmerzen und mangelhafte Beweglichkeit der Gelenke und des Daumens rechte Hand, Depression, chronische virale Hepatitis C, Bluthochdruck, Prellung Handgelenk rechts, Ernährungsungleichgewicht wegen Exzess sowie Psoriasis. In seinem Gutachten vom 6. August 2014 hielt der Dienst zur Valorisierung der Dauer-Erwerbsunfähigkeit, Provinzdirektion K. _____ (doc. 73 S. 1), folgende Diagnosen fest: chronische Hepatopathie wegen Hepatitis C, portale Hypertension, Ösophagusvarizen Grad 0, ohne Ansprechen auf antivirale Behandlung, funktionales Stadium Child-Pugh A5, grosse Papillenexkavation (Aushöhlung des Sehnervenkopfes) beider Augen (AO: ambos ojos), Diabetes Mellitus Typ 2, Angststörung mit phobischen Elementen, gemischt ängstlich-depressive Störung sowie eine Arthrose des Daumens der rechten Hand. An die Provinzdirektion stellte er den Antrag, dass keine Revision des Invaliditätsgrades (hier: vollständige permanente Invalidität) erfolge und die Krankheit weiterhin anerkannt werde. Diese Qualifikation könne ab 1. August 2016 wieder überprüft werden. In ihrer Verfügung vom 15. September 2014 bestätigte die Provinzdirektion K. _____ einen Anspruch auf IV-Rente seit 27. April 2012 wegen voller Erwerbsunfähigkeit und eine Auszahlung im Februar 2014 von insgesamt 9'545.35 (doc. 73 S. 2).

E. 5.4

In seiner ersten Stellungnahme vom 5. August 2014 (doc. 68) würdigte Dr. B. _____ des medizinischen Dienstes der IV-Stelle die medizinischen Akten wie folgt: Als (Haupt-) Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete er die Hepatitis C (Therapie vermutlich seit 02/2011 während eines Jahres). Als Nebendiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er den Diabetes mellitus. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er schliesslich den Status nach präkordialem Schmerz (01/2014), ohne Nachweis einer koronaren Herzkrankheit, an. In seiner Beurteilung führte er aus, für den Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe (5. Juli 2010) seien keine medizinischen Ereignisse belegt, die eine Arbeitsunfähigkeit plausibel machen würden. Die Therapie einer Hepatitis C könne die körperliche Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen während der Behandlung, weshalb während der Therapie nur leichte Tätigkeiten ausgeübt werden könnten; dies gelte ab 18. Februar 2011 (vermutlicher Beginn der Behandlung). Trotz Nichteliminierung des Virus seien keine Rückschlüsse daraus auf die Leistungsfähigkeit zulässig, höchstens auf die Langzeitprognose. Zur Leberzirrhose führte er aus, dass das Stadium Child Pugh A5 die Minimalform sei. Die am 11. April 2012 (Untersuchungsbericht des Versicherungsarztes des INSS) geäusserten Einschränkungen betreffen die Maurertätigkeit nicht. Ein relevantes psychiatrisches Leiden sehe er nicht. Mit der Operation am 15. April 2013 sei die Situation an der rechten Hand saniert worden. Am 11. Februar 2014 sei ein Herzleiden ausgeschlossen worden, bei geringer Leistungsbereitschaft sei eine Belastbarkeit für mittelschwere bis hohe körperliche Anstrengungen gemessen worden. Der Diabetes mellitus schliesse nach schweizerischem Recht Nacht- und Schichtarbeit aus, ab Datum der Diagnosenstellung (hier ab 26. Januar 2014). Damit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70% ab 18. Februar 2011 (Beginn der antiviralen Therapie) in der bisherigen Tätigkeit und eine solche von 0% ab demselben Datum in einer angepassten Verweistätigkeit. Nachdem der Beschwerdeführer mit Einwand vom 22. September 2014 (doc. 72) weitere Arztberichte eingereicht hatte, nahm Dr. B. _____ des medizinischen Dienstes am 13. Oktober 2014 ergänzend Stellung (doc. 77). Zum nachgereichten Bericht vom 8. November 2013 führte er

aus, trotz Leberzirrhose sei eine antivirale Behandlung als nicht indiziert bezeichnet worden, deren Kontrolle erfolge nach (erst) sechs Monaten. Im Bericht vom 25. April 2013 sei die Rede von einem Schweregrad (der Leberzirrhose) Child Pugh A5 und einem depressiven Syndrom. Der Bericht sei nicht neu und das depressive Syndrom habe sich gebessert. Es liege zwar kein Arztbericht E 213 vor, aber aktuell sei kein Grund für eine Änderung der Beurteilung gegeben. Diese beiden Beurteilungen lagen der angefochtenen Verfügung zugrunde, in welcher festgehalten wurde, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 70% in der bisherigen Tätigkeit als Maurer bestehe, jedoch angepasste Verweistätigkeiten mit der Einschränkung, dass keine schweren Arbeiten, kein Tragen von schweren Lasten mit der rechten Hand und keine Nacht- sowie Schichtarbeit verrichtet werden, zu 100% zumutbar seien.

E. 5.5

Nicht zu berücksichtigen sind vorliegend Berichte, die nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ausgestellt worden sind und eine gesundheitliche Situation oder Veränderung derselben nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung belegen (vgl. dazu E. 3.1). Dies betrifft einerseits das mit Bericht vom 7. Januar 2015 diagnostizierte korneale Ulcerus (Hornhautgeschwür auf dem Auge; CD 93) und andererseits die Echografie mit Untersuchung von Hodensack und Hoden vom 5. März 2015 (CD 96). Die übrigen Berichte werden/wurden zitiert, soweit sie Rückschlüsse auf die Situation vor dem 14. November 2014 zulassen.

E. 5.6

Exakt dieselben Diagnosen wie in der Auflistung vom 6. Juni 2014 (s. doc. 28 und E. 5.2 letzter Abschnitt) sind den Diagnosenlisten von Dr. I. _____ vom 12. Januar, 18. März, 11. Juni und 26. August 2015 (B-act. 3 Beilage 6, B-act. 14 Beilage 4, B-act. 19 Beilage 1, B-act. 25 Beilage 2) zu entnehmen. Als einzige Diagnose ist zusätzlich eine Choledocholithiasis (Verstopfung des Gallengangs durch Gallensteine) erwähnt; Auswirkungen nennen die behandelnden Ärzte aber keine und der ärztliche Dienst konnte hierin keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Erkrankung erkennen ("Choledocholithiasis mit Cholezystitis [Entzündung der Gallenblase] ohne Obstruktion"; B-act. 17 Beilage 2).

E. 5.7

Die Beurteilung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz ist in der Würdigung der Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme der nachfolgenden Ausführungen in E. 5.8 ff. nicht zu beanstanden. Dr. B. _____ hat in seiner ersten Stellungnahme vom 5. August 2014 zutreffend darauf hingewiesen, dass der Arbeitsaufgabe am 5. Juli 2010 keine aktenkundige spezifische Erkrankung zugrunde liegt. Die Erkrankung an Hepatitis B ist seit dem Militärdienst im Jahre 1986 bekannt, in späteren Jahren (aktenkundig ab 2001) diagnostizierten die Ärzte zusätzlich die Erkrankung an einer viralen Hepatitis C, die 2011 als behandlungsbedürftig erachtet wurde. Entsprechend führten die Ärzte am Universitätsspital J. _____ von Februar 2011 bis Februar 2012 eine antivirale Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin (Standardtherapie zur Behandlung von Hepatitis C, vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4776/2010 vom 31. März 2014 E. 6.5 f.) durch, jedoch ohne Ansprechen des Beschwerdeführers auf die Therapie und mit viralem Rückfall während der Behandlung. Als Sekundärsymptome dazu hielten die Ärzte eine Asthenie (Schwäche), Irritierbarkeit, Unlust, Kopf, Husten und

Schleimauswurf fest. Diesbezüglich führte Dr. B. _____ aus, eine Schwäche während der antiviralen Therapie sei nachvollziehbar, nicht jedoch nach Abschluss derselben. Insoweit weiterhin eine Schwäche geltend gemacht werde, sei diese auf subjektive Angaben zurückzuführen und führe nicht zu einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (s. dazu aber E. 5.8). Nicht zu beanstanden ist die Beurteilung der Folgen des insulinabhängigen Diabetes Mellitus Typ 2, der - sofern keine spezifischen Komplikationen aktenkundig sind - zu keiner rentenrelevanten Einschränkung führt (vgl. sinngemäss Urteil des BGer 9C_751/2012 vom 24. Januar 2013 E. 3.2) und gemäss medizinischem Dienst unabhängig seines Schweregrades einzig den Ausschluss von Nacht- und Schichtarbeit nach sich ziehe (doc. 68). In somatischer Hinsicht sind weiter eine Leberzirrhose des Schweregrades Child Pugh A oder A5, ein (teilweise als schlecht eingestellt bezeichneter) Bluthochdruck mit wiederkehrenden Spitzen sowie präkordiale Brustschmerzen diagnostiziert. Die Beurteilung von Dr. B. _____, wonach der Schweregrad der Leberzirrhose als leicht bezeichnet werden könne, wurde im Beschwerdeverfahren von Dr. C. _____, Fachärztin für Innere Medizin des ärztlichen Dienstes, mit Stellungnahme vom 1. Dezember 2016 bestätigt (B-act. 33 Beilage 2). Die Child Pugh-Beurteilung A5 steht für eine leichte Erkrankung (Punkteanzahl von 5-6 [A, gute Leberfunktion bzw. geringste Leberschädigung], 7-9 [B, mässige Leberfunktion] und 10-15 [C, geringe Leberfunktion bzw. stärkste Leberschädigung], vgl. <http://www.labor-limbach.de/Child-Pugh-Score.350.0.html>; <http://www.netdokter.de/krankheiten/leberzirrhose/child-pugh-score/>; <https://www.pschyre.mbel.de/Child-Pugh-Klassifikation/webpages---klassifikationen---Child-Pugh-Klassifikation/doc/>, abgerufen am 20.02.2017), womit der Beschwerdeführer nur an einer geringfügigen Lebererkrankung leidet (vgl. aber E. 5.9). Der Bluthochdruck ist trotz wiederkehrender Spitzen als nicht die Arbeitsfähigkeit einschränkend beurteilt worden und ist medikamentös behandelbar. Dasselbe gilt für die Behandlung wegen präkordialer Schmerzen. Die Kardiologen des Universitätsspitals J. _____ konnten keine pathologische (krankhafte) kardiale Erkrankung feststellen (Berichte vom 21. November 2013 [CD 73 und 74]), womit dieses Krankheitsbild für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausser Betracht fällt. Als weitere somatische Diagnose wird eine Arthrodese der rechten Hand genannt. Hierbei handelt es sich um die Folgen eines Sturzes auf die rechte Hand, den der Beschwerdeführer im September 2010 erlitten hat. Das Trauma des rechten Handgelenks wurde zuerst konservativ mit einer Gippschiene und Verordnung von Medikamenten behandelt (Bericht vom 25. November 2010 [CD 27]). Im Rahmen eines Röntgens stellten die Ärzte im Juli 2011 (s. doc. 8 S. 2; CD 37) einen degenerativen Riss des dreieckigen Faserknorpels am Handgelenk (dreieckig geformte, aus Faserknorpel bestehende Zwischengelenksscheibe am Handgelenk) und Erosionen der cubitalen Epiphysis im Grundgelenk metacarpal (Mittelhandknochen) fest. Nachdem die Schmerzen im Handgelenk und vor allem im Daumen der rechten Hand trotz Infiltrationen persistierten, wurde das Daumengrundgelenk am 15. April 2013 mittels Arthrodese versteift (vgl. doc. 59; B-act. 33 Beilage 2; CD 63). In danach erstellten Arztberichten sind zwar weiterhin Schmerzen und eine eingeschränkte Beweglichkeit insbesondere des rechten Daumens aktenkundig (doc. 28, 58, 59), die Ärztin des medizinischen Dienstes berücksichtigte dieses Beschwerdebild insofern, als sie eine funktionelle Einschränkung in der Ausübung einer Verweistätigkeit erkannte (B-act. 33 Beilage 2). Auch der Dienst zur Valorisierung der Dauererwerbsunfähigkeit der Provinz K. _____ hielt diesbezüglich als einzige Diagnose eine Arthritis des rechten Daumens fest (doc. 73 S. 1). Diese Beurteilung erscheint damit überzeugend.

E. 5.8

Zweifel in der Beurteilung des Schweregrads und der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verbleiben hinsichtlich der diagnostizierten Hepatitis C, der Leberzirrhose und der Dysthymie. Den Vorakten ist bereits vor Inangriffnahme der viralen Behandlung der Hepatitis C zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einer Asthenie (Schwäche, Kraftlosigkeit) leide (CD 20). Einer Publikation des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. zum Thema Hepatitis C ist zu entnehmen, dass Hepatitis C-Patienten häufig unter Müdigkeit, unspezifischen Oberbauchbeschwerden, Leistungseinschränkungen, zum Teil auch unter Juckreiz und Gelenkbeschwerden leiden (vgl. http://www.internisten-im-netz.de/de_hepatitis-c-auswirkungen-komplikationen_441.html; abgerufen am 20.02.2017). Dr. B._____ führte dazu in seiner Stellungnahme vom 5. August 2014 aus, dass die antivirale Behandlung der Hepatitis C die körperliche Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen könne während der Behandlung. Im Zeitraum von Februar 2011 bis Februar 2012 sei deshalb nur die Ausübung einer leichten Tätigkeit zumutbar. E contrario ist seiner Einschätzung zufolge vor und nach der Behandlung keine Einschränkung gegeben. Hierzu führte er aus, dass trotz Nichtelimination des Virus (vorliegend bestätigten die Ärzte die Wirkungslosigkeit der antiviralen Therapie und einen viralen Rückfall während der Behandlung) daraus keine Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit zulässig seien. Dieser Beurteilung hat sich Dr. C._____ des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz in ihrer späteren Beurteilung vom 1. Dezember 2016 zwar grundsätzlich angeschlossen, jedoch abweichend dazu den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit auf den 24. Juni 2010 (Datum der Konsultation im Universitätsspital J._____ wegen Asthenie und Hepatopathie [CD 20]) vorverlegt und damit die Asthenie in Verbindung mit einer Hepatopathie (Lebererkrankung) als relevant für die Arbeits(un-)fähigkeit erachtet. Den medizinischen Akten, die nach Ende der antiviralen Therapie ausgestellt worden sind, ist zudem wiederholt und von verschiedenen Ärzten des Universitätsspital J._____ bestätigt, die Sekundärfolge einer Asthenie, teils schwereren, teils geringfügigeren Charakters zu entnehmen (doc. 8, 10, 35; CD 56, 94 S. 3; vgl. auch den Bericht vom 13. Februar 2015, in welchem drei Monate nach angefochtenem Entscheid die Rede von einer grösseren Schwäche als üblich die Rede ist ["refiere mayor astenia de la habitual"; CD 94 S. 3]). Dr. B._____ würdigte die entsprechenden Aussagen der spanischen Ärzte einzig damit, dass es sich um ein subjektives Beschwerdebild handle, das keine Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit zulasse (Stellungnahmen vom 5. August 2014 und 11. Juli 2015 [doc 68; B-act. 22 Beilage 2]). Dazu, dass verschiedene behandelnde Ärzte über einen längeren Zeitraum Zeichen einer Asthenie erkannten und Dr. I._____ des Universitätsspitals J._____ je mit Bericht vom 11. Juni 2015 und 26. August 2015 (B-act. 19 Beilage 2; B-act. 25 Beilage 1) explizit bestätigte, der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner Erkrankungen (gemäss beiliegender Diagnosenliste, die seit erster Ausstellung am 6. Juni 2014 eine identische Listung enthält) unfähig, einer normalen täglichen und sozialen Aktivität nachzugehen, fehlt eine Auseinandersetzung. Die Reduktion auf eine bloss subjektiv empfundene Beeinträchtigung steht zudem nicht im Einklang mit den Aussagen des Berufsverbandes Deutscher Internisten zu den möglichen Begleiterscheinungen einer Hepatitis C-Erkrankung. Auch der Stellungnahme von Dr. C._____ lässt sich dazu nichts entnehmen. Das Bundesverwaltungsgericht kann demnach nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bestätigen, dass sich die aktenkundige Asthenie als Folge der Hepatitis C-Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster leichter Verweistätigkeit in keiner Weise auswirkt.

E. 5.9

Hinzu kommt, dass die medizinischen Akten auch hinsichtlich der Leberzirrhose Fragen offen lassen. Der Beurteilung des ärztlichen Dienstes ist übereinstimmend zu entnehmen, dass die Leberzirrhose im attestierten Stadium Child Pugh A oder A5 nur leichter Natur sei und keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Das Bundesgericht hat in seinem Urteil 9C_818/2013 vom 24. Februar 2014 in E. 4.3 Folgendes festgehalten: Bei der Leberzirrhose handle es sich um eine chronische Lebererkrankung mit irreversiblen Verlust der physiologischen Lebergefässarchitektur, welche je nach Geschwindigkeit und Ausmass zu partiellem oder vollständigem Verlust der Leberfunktion und zur Ausbildung einer portalen Hypertension (erhöhter Druck in der Pfortader) führe. Dabei sei der Blutfluss durch die Leber behindert, was zur Bildung von Umgehungskreisläufen und damit u.a. von Ösophagusvarizen [Erweiterung der Speiseröhrenvenen, u.U. mit lebensbedrohlichen Blutungen] führe (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264. Aufl. 2013, S. 949, 1175, 1179 f. und 1504) [...]. Richtig sei, dass Ösophagusvarizen auf ein fortgeschrittenes Stadium der Leberzirrhose hindeuteten. Ob dabei in jedem Fall auf eine dekompensierte Leberzirrhose zu schliessen sei, sei fraglich. Ebenfalls stehe ausser Diskussion, dass sowohl der zirrotische Umbau der Leber als auch die darauf zurückzuführenden Varizen die Arbeitsfähigkeit einschränken könnten. Bei der Leberzirrhose sei u.a. das Stadium der Erkrankung gemäss der Einteilung nach Child-Pugh von Bedeutung. Bei nachgewiesenen Ösophagusvarizen sodann sollten allenfalls Tätigkeiten mit intraabdomineller Druckerhöhung wie Heben, Tragen von mehr als leichten Lasten sowie Arbeiten mit häufigem oder anhaltendem Bücken oder Hocken nicht mehr ausgeübt werden (so Ziff. 5.2.1.3 der Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung für die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Menschen mit chronischen nicht-malignen Leber- und Gallenwegserkrankungen vom Februar 2012 [vgl. <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>; Pfad: Fachinfos Sozialmedizin und Forschung Sozialmedizin Begutachtung Leitlinien]; vgl. auch Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts B-832/2013 vom 17. Dezember 2013 E. 5.3, 5.4.2 und 5.5) [...]. Im Übrigen sei gemäss den erwähnten Leitlinien die Beurteilung der Auswirkungen der chronischen Lebererkrankung auf die individuelle Belastbarkeit häufig mit Schwierigkeiten verbunden. Insbesondere könne weder aus der isolierten Betrachtung des Krankheitsstadiums - bei der Leberzirrhose nach der Child-Pugh-Einteilung - noch aus der Ätiologie der Erkrankung oder den Laborbefunden allein auf die Leistungsfähigkeit geschlossen werden. Erforderlich sei eine Gesamtbetrachtung, die neben den klinischen Befunden, der Labor- und apparativen Diagnostik, der Beobachtung während der Begutachtung auch die alltägliche Belastbarkeit einschliesse. Vorliegend ist die Diagnose Ösophagusvarizen Grad 0-I aktenkundig, was gemäss genannter Rechtsprechung auf ein fortgeschrittenes Stadium der Erkrankung hindeuten könnte. Auch der portale Bluthochdruck als Zeichen von Umgehungskreisläufen im Blut als Folge der mangelhaften Durchblutung der Leber deutet auf ein fortgeschrittenes Beschwerdebild hin. Dem steht entgegen, dass die Ärzte den Schweregrad der Hepatitis C mit einem Child Pugh Grad von A bzw. A5, d.h. einer leichten Form, beurteilen und die Belastungsprüfung einen Wert von 7.9 METs, was einer Belastung mit mittleren bis teilweise schweren Arbeiten entspreche, ergeben habe (CD 74; B-act. 33 Beilage 2). Dem wiederum steht die Bestätigung von Dr. I. _____ entgegen, wonach der Beschwerdeführer unfähig sei, einer normalen täglichen und sozialen Aktivität nachzugehen. Es bleibt darauf hinzuweisen, dass die umfangreichen Akten einen Prä-Anästhesie-Bericht vom 25. Februar 2013 enthalten, in welchem der

Schweregrad Child Pugh B genannt wird (CD 59 S. 2); ob es sich dabei um einen Schreibfehler handelt, kann nicht geklärt werden. Bei dieser Aktenlage kann demzufolge auch der Schweregrad der Lebererkrankung nicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesichert gelten. Das Bundesgericht hatte im oben erwähnten Urteil festgehalten, dass es keine anwendbaren verlässlichen Erfahrungswerte zu geben scheine, welche aufgrund des Stadiums, in dem sich eine Leberzirrhose befinde, aus dem Vorhandensein von Ösophagusvarizen und dem Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens von Blutungen Aussagen zu Art und Umfang einer Arbeitsunfähigkeit erlaubten. Es sei daher auch von einem Aktengutachten, das sich auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen und die medizinische Erfahrung stütze, keine neuen verwertbaren Erkenntnisse betreffend den streitigen Beginn der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bzw. aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG zu erwarten (E. 4.3.3). E contrario und aufgrund des nicht abschliessend geklärten Sachverhalts ist zu schliessen, dass die Frage nach dem Grad der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit in angepasster leichter Verweistätigkeit im Rahmen einer persönlichen Begutachtung im Fachbereich Innere Medizin zu klären sein wird.

E. 5.10

Aktenkundig ist weiter (parallel zur Behandlung der Hepatitis C) das Auftreten einer ängstlich-depressiven Störung mit phobischen Elementen (teilweise erwähnt als Folge der antiviralen Behandlung und der Angst vor weiterer Erkrankung), die mit Medikamenten behandelt worden ist und zu einer teilweisen Remission geführt hat. Die behandelnde Ärztin bezeichnete die depressive Störung, trotz erwähnter zwischendurch vorhandener Todes- und Suizidgedanken, wiederholt als Dysthymie bzw. als dysthymisch. In ihren nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ausgestellten Berichten (Bericht vom 17. März 2015 [B-act. 14 Beilage 6] und 24. Juni 2015 [B-act. 19 Beilage 3]) codierte sie die Erkrankung als Angststörung mit phobischen Elementen (F41.8) und ängstlich-depressive Störung gemischt (F41.2). Die Dysthymie (Codierung nach ICD-10: F34.1) entspricht nach schweizerischer Praxis grundsätzlich einer leichten bzw. nicht rentenrelevanten Form der psychischen Erkrankung (vgl. sinngemäss Urteil des BGer 8C_327/2011 vom 12. August 2011 E. 3.1; Urteil des BGer I 649/06 vom 13. März 2007 E. 3.3.1). Das Bundesgericht hat in seiner Rechtsprechung jedoch auch festgehalten, dass dies nicht absolut gelte. Eine dysthyme Störung könne die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftrete (Urteil 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2 m.w.H.). Vorliegend wird die Dysthymie in Verbindung mit einer Angststörung diagnostiziert, weshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden kann, es liege eine (einfache) Dysthymie ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster leichter Verweistätigkeit im Sinne der genannten Praxis vor. Hinzu kommt, dass Dr. F._____ in ihrem Bericht vom 5. April 2013 (doc. 35) in der Anamnese ausführte, der Patient sei sehr asthenisch, mit depressiven Symptomen, Freudlosigkeit und zwei Suizidversuchen. Der Hinweis auf Suizidversuche deutet entweder auf eine weniger geringfügige als die diagnostizierte Erkrankung oder einen stark schwankenden Verlauf derselben hin. Die Begründung des ärztlichen Dienstes, wonach eine nicht invalidisierende psychische Erkrankung vorliege, enthält dazu keine Überlegungen; ein Facharzt wurde zur spezifischen Beurteilung nicht beigezogen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6852/2008 vom 4. Oktober 2010 E. 4.2). Die Sachlage erweist sich damit auch in psychiatrischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt, womit offen bleiben kann, ob die als zumutbar erachtete Verweistätigkeit keiner in Menschenansammlungen oder in Lärm auszuübenden Tätigkeit (vgl. Stellungnahme vom

11. Juli 2015, B-act. 22 Beilage 2) entspricht.

E. 5.11

Nach bundesgerichtlicher Praxis ist ein Verfahren jedenfalls zurückzuweisen, falls eine notwendige Erhebung einer bisher völlig ungeklärten Frage ansteht (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4) oder auch eine Ergänzung im Lichte der revidierten Rechtsprechung notwendig ist (BGE 141 V 574 E. 6.4).

E. 5.12

Damit ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 14. November 2014 aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen (bidisziplinäres Gutachten im Fachbereich Innere Medizin und Psychiatrie/Psychotherapie) an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. Bei diesem Ausgang des Verfahrens kann darauf verzichtet werden, den von der Vorinstanz vorgenommenen Einkommensvergleich zu überprüfen. Der verspätet gestellte Verfahrens Antrag auf Zustellung der relevanten Beschwerdeverfahrensakten in Italienisch (B-act. 32) ist abzuweisen, zumal der Beschwerdeführer zuvor sämtliche Beschwerdeeingaben (wie Beschwerde, Gesuch um Fristerstreckung, Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege, Beschwerdeverbesserung, Replik und Triplik) in Deutsch eingereicht hat und weder ein Anspruch auf Übersetzung der Akten (vgl. bspw. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5265/2009 vom 27. Januar 2012 E. 3.1) noch auf Wechsel der mit Beschwerde in Deutsch fixierten Amtssprache (Art. 33a Abs. 2 VwVG) während des Verfahrens besteht.

E. 6

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und erweist sich das mit Zwischenverfügung vom 1. Juni 2015 gutgeheissene Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Die ganz oder teilweise obsiegende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE). Dem vorliegend nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine verhältnismässig hohen Kosten im Sinne des Gesetzes entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Die unterliegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.