

# **BVGer C-3268/2016 vom 2. November 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-11-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3268\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3268_2016)

FR: TAF C-3268/2016 du 2 novembre 2017

IT: TAF C-3268/2016 del 2 novembre 2017

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) in Verbindung mit Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA.

### **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 ATSG (SR 830.1) anwendbar ist, wie dies vorliegend der Fall ist (vgl. Art. 1 Abs. 1 IVG).

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht worden ist, ist auf sie einzutreten (Art. 60 ATSG i.V.m. Art. 38 ATSG, Art. 52 VwVG).

### **E. 1.4**

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechts-anwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen (teilweise) gutheissen oder den angefochtenen Entscheid auch mit einer von der Vorinstanz abweichenden Begründung (teilweise) bestätigen (vgl. für viele: Urteil des BVGer C-4166/2014 vom 1. Oktober 2015 E. 1.6 m.w.H.).

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, 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) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind.

Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Demnach bestimmen sich vorliegend die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Anspruches des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. zum Ganzen Urteil des BVGer C-1358/2016 vom 15. August 2017 E. 3.1).

### **E. 2.2**

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - diejenigen materiellen Rechtssätze anzuwenden, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 9. Mai 2016) eintraten, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b, BGE 130 V 329, BGE 130 V 64 E. 5.2.5 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

### **E. 3.1**

Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhaltes zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2; BGE 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen; s. auch unten E. 4.5).

### **E. 3.2**

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b; 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d; 122 II 464 E.

4a; 120 Ib 224 E. 2b). Die objektive Beweislast beurteilt sich nach dem materiellen Recht und damit unabhängig davon, ob der Untersuchungs- oder Verhandlungsgrundsatz gilt. Der vor der IV-Stelle geltende Untersuchungsgrundsatz ändert demnach nichts an der objektiven Beweislast: Ergibt die Beweiswürdigung, dass für eine rechtserhebliche Tatsache der Beweis nicht erbracht ist, trägt die beweisbelastete Partei die Folgen der Beweislosigkeit (vgl. BGE 115 V 44 E. 2b; BGE 117 V 264 E. 3b). Dies bedeutet, dass für rechtserzeugende oder anspruchsbegründende Tatsachen diejenige Person die Folgen der Beweislosigkeit trägt, die das Recht geltend macht. Dies ist im IV-Verfahren in der Regel die versicherte Person. Ergibt beispielsweise die Beweiswürdigung, dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt, hat die versicherte Person, welche einen Rentenanspruch geltend gemacht hat, die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, S. 292, Rz. 1536 ff.; vgl. zum Ganzen Urteil des BVGer C-4480/2015 vom 6. Februar 2017 E. 2.6).

#### **E. 4**

Im Folgenden werden für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache wesentliche Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelte Grundsätze dargestellt.

##### **E. 4.1**

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG 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. 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).

##### **E. 4.2**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

##### **E. 4.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine

wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

#### **E. 4.4.1**

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.

#### **E. 4.4.2**

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 BVer C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf den Entscheid des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

#### **E. 4.4.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BVer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). 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 BVer 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. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteil des BVer 8C\_56/2013 vom 16. Juli 2013 E. 2).

#### **E. 4.5.1**

Im Rahmen der allgemeinen Mitwirkungspflicht im Verwaltungsverfahren haben die Versicherten und ihre Arbeitgeber beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken. Wer Versicherungsleistungen beansprucht, muss unentgeltlich alle Auskünfte erteilen, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind (Art. 28 Abs. 1 und 2 ATSG).

### **E. 4.5.2**

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten. Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunftspflichtigen in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG).

### **E. 4.5.3**

Im Urteil 9C\_28/2010 vom 12. März 2010 erwog das Bundesgericht, dass die medizinische Abklärung der objektiven Gesundheitsschäden eine unabdingbare gesetzlich verankerte Voraussetzung für die Zusprache einer Leistung der Invalidenversicherung (Art. 7 Abs. 2, Art. 16, Art. 43 Abs. 1 ATSG) sei. Der Versicherer befände darüber, mit welchen Mitteln er den rechtserheblichen Sachverhalt abkläre. Im Rahmen der Verfahrensleitung habe er einen grossen Ermessensspielraum hinsichtlich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen. Was zu beweisen sei, ergebe sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz habe der Versicherer den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden könne. Dabei komme Sachverständigengutachten eine massgebende Rolle zu. Der Untersuchungsgrundsatz werde ergänzt durch die Mitwirkungspflichten der versicherten Person. Danach habe sie sich den ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, wenn sie zumutbar seien. Nach dem Wortlaut von Art. 43 Abs. 1 und Abs. 2 ATSG müssten jene Untersuchungen aber auch notwendig und somit von entscheidender Bedeutung für die Erstellung des rechtserheblichen Sachverhalts sein. Die versicherte Person habe sich somit jeglicher Untersuchung zu unterziehen, soweit sie sich nicht als unzumutbar erweise. In diesem Sinne liege die medizinische Begutachtung nicht im uneingeschränkten Ermessen der rechtsanwendenden Stellen. Diese würden sich von rechtsstaatlichen Grundsätzen leiten zu lassen haben, wozu die Verpflichtung zur Objektivität und Unvoreingenommenheit ebenso gehöre wie der Grundsatz der rationellen Verwaltung (Urteil des BGer 9C\_28/2010 E. 4.1 m.w.H. auf Rechtsprechung und Lehre).

## **E. 5**

In einem ersten Schritt ist vorliegend zu prüfen, ob eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz überhaupt notwendig ist (s. E. 5.1 ff., 6 hiernach). In einem zweiten Schritt ist zu klären, ob die Verwaltung das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG korrekt durchgeführt hat (s. E. 7). Schliesslich ist zu beurteilen, ob der Beschwerdeführer sich für die Verweigerung der Untersuchung in der Schweiz erfolgreich auf Rechtfertigungsgründe berufen kann bzw. ob es ihm nicht zuzumuten war, in die Schweiz zu reisen, um sich hier einer Untersuchung zu unterziehen (s. E. 8).

### **E. 5.1**

Der Beschwerdeführer macht sinngemäss geltend, dass aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen hervorgehe, dass er aufgrund seines psychischen Krankheitsbildes zu 100 %

arbeitsunfähig sei und er dementsprechend Anspruch auf eine (volle) IV-Rente habe. Eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung in der Schweiz sei nicht notwendig.

### **E. 5.2**

Die IVSTA stellt sich hingegen - gestützt auf die fünf MD-Stellungnahmen - sinngemäss auf den Standpunkt, dass eine rentenrelevante psychische Erkrankung nicht auszuschliessen sei, zu deren Beurteilung aber eine Begutachtung in der Schweiz notwendig sei.

### **E. 5.3**

Somit sind den fünf Stellungnahmen des medizinischen Dienstes (s. unten E. 5.5) die übrigen medizinischen Unterlagen (s. nachfolgend E. 5.4) gegenüberzustellen.

### **E. 5.4**

Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und einer damit allenfalls einhergehenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist in erster Linie auf die folgenden medizinischen Unterlagen einzugehen: die fünf Arztberichte von Dr. H. \_\_\_\_\_ (Psychiater-Psychotherapeut, Netzwerk I. \_\_\_\_\_, Bereich für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie) vom 23. Januar 2012 (IV-act. 67), 19. Oktober 2012 (IV-act. 68), 12. April 2013 (IV-act. 63), 23. Mai 2013 (IV-act. 70) und 29. Mai 2013 (IV-act. 29 = IV-act. 69), das psychiatrische Gutachten von Dr. J. \_\_\_\_\_ (Dr. med. Dipl.-Psych./Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, [...]) vom 25. Mai 2012 (IV-act. 61), die drei von Dr. F. \_\_\_\_\_ erstellten "Gutachten" vom 8. August 2013 (IV-act. 26), 3. Juli 2014 (IV-act. 65) und 14. September 2015 (IV-act. 100), den ärztlichen Bericht (E 213) von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 28. September 2015 (IV-act. 101), den undatierten Befundbericht der Psychologischen Psychotherapeutin K. \_\_\_\_\_ (Dipl. Psych., Dipl. Soz.päd.; [...]; nachfolgend behandelnde Psychologin) von Anfang März 2015 (IV-88 S. 2).

#### **E. 5.4.1**

Aus den fünf, weitgehend in sich stimmigen Arztberichten von Dr. H. \_\_\_\_\_ geht hervor, dass der Beschwerdeführer von der Permanence L. \_\_\_\_\_ wegen psychischer Probleme an das Netzwerk I. \_\_\_\_\_ überwiesen wurde, wo Dr. H. \_\_\_\_\_ am 23. Januar 2012 (IV-act. 67) mit einer ambulanten Therapierung und medikamentöser Behandlung (Sertralin 50 mg/Tag) des Beschwerdeführers begann. Zunächst diagnostizierte er ausgehend von der erstmals psychiatrisch erhobenen Anamnese eine etwa (mindestens) mittelgradige depressive Episode, welche am ehesten unter F33.1, mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung, einzuordnen sei. Als Differenzialdiagnose erwähnte Dr. H. \_\_\_\_\_ F32.1, mittelgradige depressive Episode, zusammen mit einer Dysthymie. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der ersten Konsultation phasenweise depressiv, traurig und perspektivlos gewirkt. Er kenne seit Jahren Suizidgedanken vorübergehender Natur. Im Vordergrund stünden (gemäss Dr. H. \_\_\_\_\_) seine bedrückte Stimmung, Antriebsstörung, Schlafstörungen und stark verminderter Appetit mit deutlichem Gewichtsverlust. Hingegen fänden sich keine Hinweise auf psychotisches Erleben im Sinne von Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Gemäss Arztbericht vom 19. Oktober 2012 (IV-act. 68) waren auf der affektiven Ebene gewisse Verbesserungen festzustellen. Allerdings sei die Stimmung weiterhin wechselhaft, ebenso der Antrieb wie auch der Appetit. Daneben persistierten Schlafstörungen. In letzter Zeit habe sich aber mehr und mehr herauskristallisiert, dass zudem eine Wahnsymptomatik vorhanden sei. Diese müsse in latenter Art schon längere Zeit bestehend gewesen sein, habe sich jedoch in der Zwischenzeit verstärkt und sei nun manifest geworden. So fühle sich der Patient immer

wieder verfolgt, beobachtet. Er denke, jemand könnte ein Überwachungsgerät, eine Kamera in seinen Fernseher oder in ein Audiogerät eingebaut haben, um ihn zu überwachen. Hinweise auf andere psychotische Symptome wie Halluzinationen oder Ich-Störungen fänden sich weiterhin nicht. Eine adäquate medikamentöse Behandlung des Störungsbilds sei erst möglich, seit der Beschwerdeführer in einem Gespräch mit der Mutter und Dr. H.\_\_\_\_\_ von der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung habe überzeugt werden können (Beginn mit Cipralex 10 mg/Tag und Zyprexa 10 mg/Tag). Am 12. April 2013 bestätigte Dr. H.\_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer seit dem 23. Januar 2012 wegen einer ernstzunehmenden psychischen Störung bei ihm in ambulanter Behandlung sei (IV-act. 63). Im Verlauf von 2012 sei der Beschwerdeführer in (...) zusehends sozial isoliert gewesen, was sich negativ auf den Krankheitsverlauf ausgewirkt habe. Die Rückkehr 2012 zu seinen Eltern in Deutschland sei daher aus psychiatrischer Sicht sehr wichtig und unbedingt zu unterstützen. Seitdem habe sich der psychische Zustand allmählich verbessern können. Eine Genesung sei jedoch noch nicht eingetreten. Die psychiatrische inkl. psychopharmakologische Therapie sei unbedingt fortzuführen. Aktuell werde diese in (...) fortgesetzt, da der Beschwerdeführer in Deutschland, wo er auf der Warteliste sei, noch keine Therapie habe anfangen können. In seinem Bericht vom 23. Mai 2013 (IV-act. 70) schilderte Dr. H.\_\_\_\_\_ für das Jahr 2012 den Beginn der Therapie wegen symptomatisch im Vordergrund stehenden depressiven Symptomen, die allmähliche Verbesserung der Stimmungsproblematik und die Manifestation von in den Vordergrund tretenden wahnhaften Symptomen. Über die letzten Monate hinweg habe die Wahnsymptomatik sich schrittweise verbessert. Der Patient wohne mittlerweile wieder bei seinen Eltern und werde von der Familie unterstützt. Eine Heilung sei noch nicht eingetreten. Die depressive Symptomatik sei zwar nicht mehr festzustellen, doch sei die Wahnsymptomatik nur teilweise regredient. So fühle der Beschwerdeführer sich regelmässig immer noch beobachtet, habe regelmässig Beziehungsideen, habe sich stark sozial zurückgezogen. Wahrscheinlich sei die Wahnsymptomatik im Sinne einer paranoiden Schizophrenie, F20.0 gemäss ICD-10 einzuordnen. Daneben sei F33.4 festzuhalten: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert. Kurz- bis mittelfristig sei eine schlechte Prognose zu stellen. Langfristig sei die Prognose ungewiss. Eine intensivere Therapie, näher am aktuellen Aufenthaltsort, sowie eine bessere Tagesstrukturierung, eventuell mit Beschäftigung könnten förderlich sein. Aktuell nehme der Patient Olanzapin 15 mg/Tag und Cymbalta 60 mg/Tag. Im Bericht vom 29. Mai 2013 (IV-act. 69) wiederholte Dr. H.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen die Feststellungen und Aussagen in seinem Bericht vom 23. Mai 2013. Erwähnt werden weiter namentlich ein beeinträchtigter zwischenmenschlicher Kontakt durch Beziehungsideen, Misstrauen, wahnhafte Interpretationen. Insgesamt habe sich der Befund in den letzten 12 Monaten verbessert. Weiter führte Dr. H.\_\_\_\_\_ aus, dass die Gesprächstherapie aufgrund der grossen geographischen Distanz im Monatsrhythmus stattfinde. Eine intensivere Behandlung in der näheren Umgebung wäre indiziert. Ob sich dadurch die Arbeitsfähigkeit verbessern liesse, sei ungewiss. Den genannten Arztberichten und den zusätzlich aktenkundigen ärztlichen Zeugnissen von Dr. H.\_\_\_\_\_ (IV-act. 3 = IV-act. 27 S. 2; IV-act. 28, 33 S. 13-16; IV-act. 64) ist zu entnehmen, dass dieser den Beschwerdeführer (jedenfalls) ab 21. Januar 2012 bis (mindestens) zum 9. Januar 2014 als zu 100 % arbeitsunfähig beurteilte. Der letzte aktenkundige Gesprächstermin war der 21. November 2013 (vgl. IV-act. 64). Gemäss eigenen Angaben brach der Beschwerdeführer die Therapie bei Dr. H.\_\_\_\_\_ Ende Dezember 2013 ab, weil die Anreise für ihn psychisch und finanziell zu belastend gewesen

sei. Er habe die Therapie so lange in der Schweiz weitergeführt, weil es in Deutschland sehr lange Wartelisten für Gesprächstherapien gebe. Dr. H. \_\_\_\_\_ habe ihm ein Rezept auf Vorrat für die Medikamente ausgestellt (vgl. IV-act. 52 f.; vgl. auch IV-act. 65 S. 2 f.).

#### **E. 5.4.2**

In seinem Gutachten vom 25. Mai 2012 (IV-act. 61) stellte Dr. J. \_\_\_\_\_ - gestützt auf die ihm zur Verfügung gestellten Unterlagen (ärztliches Zeugnis von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 9. Februar 2012, Verlaufsausdruck M. \_\_\_\_\_ Spital Notfallstation ambulant vom 1. März 2012, Arztbericht M. \_\_\_\_\_ Spital Bereich für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie vom 8. März 2012) und seine "ausführliche" Exploration des Beschwerdeführers vom 22. Mai 2012 - die folgenden psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Rezidivierend depressive Störung, zum Untersuchungszeitpunkt mittelgradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom (F33.11 nach ICD-10) vor dem Hintergrund mindestens einer akzentuierten Persönlichkeit mit narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen (Z73,1). Differenzialdiagnose: kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0). Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. J. \_\_\_\_\_ keine. Die Grundstimmung sei gedrückt-depressiv, ratlos-besorgt, nicht labil, nicht dysphorisch. Die affektive Modulationsfähigkeit sei deutlich vermindert, zum depressiven Pol verschoben. Der Antrieb sei leicht vermindert. Mimik und Gestik seien wenig mit dem Gesagten mitschwingend. Ein Morgentief und diverse Schlafstörungen seien berichtet worden. Die durchgeführten psychometrischen Untersuchungen (Hamilton Depressionsskala [HAMD] und Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS]) hätten je Gesamtscores entsprechend einem mittelgradig depressiven Syndrom ergeben. Es lägen die Hauptsymptome einer Depression nach ICD-10 vor, nämlich eine depressive Verstimmung, Freudminderung, Interessensminderung sowie ein Antriebsmangel und eine erhöhte Ermüdbarkeit. Als sogenannte Zusatzsymptome seien eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Insuffizienzgefühle, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven und Schlafstörungen feststellbar. Die Diagnose akzentuierter Persönlichkeitsanteile ergebe sich aus einem gleichförmigen Muster deutlicher Unausgeglichenheit in mehreren Verhaltens- und Lebensbereichen (geringe Distanzierungsfähigkeit, konsekutive Überforderungssituation, geringe Frustrationstoleranz, Kritikschwäche, Kränkungsbereitschaft). Die akzentuierten Persönlichkeitsanteile triggerten die komorbide rezidivierend-depressive Störung. Im Zusammenhang mit den Persönlichkeitsanteilen sei die Fähigkeit, Stresssituationen konstruktiv zu bewältigen, reduziert. Dies führe dazu, dass der Versicherte in Konfliktsituationen wenig Durchsetzungsfähigkeit besitze, in Überforderungssituationen gerate und schliesslich depressiv-ängstlich dekompenziere. Weiter führte Dr. J. \_\_\_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer täglich 1-2 Joints Cannabis konsumiere. Hingegen ergäben sich namentlich keine Hinweise auf Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen oder illusionäre Verkennungen. Misstrauen sei nicht vorhanden. Inhaltliche Denkstörungen in Form von wahnhaften Gedanken, Wahnwahrnehmungen oder einer systematisch wahnhaften Denkstruktur zeigten sich nicht. Zum Untersuchungszeitpunkt (22. Mai 2012) bestehe aufgrund einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode vor dem Hintergrund akzentuierter narzisstischer und emotional-instabiler Persönlichkeitsanteile eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % für jedwede Tätigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft. Die Prognose sei insgesamt aber als günstig zu beurteilen. Eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei etabliert (aktuell ca. alle 10-14 Tage ein

Termin). Die medikamentöse Behandlung sollte angepasst, insbesondere die Etablierung eines synthetischen Antidepressivums angestrebt werden, da die frühere Behandlung mit einem Antidepressivum sistiert worden sei, weil der Beschwerdeführer gegen Medikamente eingenommen sei und aktuell Johanniskraut gegen die Depression nehme. Unter Intensivierung der Behandlungsmassnahmen, insbesondere der medikamentös-antidepressiven Therapie sei von einem weiterhin 2-3-monatigen Behandlungs- und Heilverlauf auszugehen und ein Rückgang der depressiven Symptomatik zu erwarten. Dann sei die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit zumutbar.

### **E. 5.4.3**

Dr. F. \_\_\_\_\_ erstellte drei "Gutachten": ein erstes am 8. August 2013 (IV-act. 26), ein zweites am 3. Juli 2014 (IV-act. 65) und ein drittes am 14. September 2015 (IV-act. 100).

#### **E. 5.4.3.1**

In seinem ersten "psychiatrischen Fachgutachten" vom 8. August 2013 (IV-act. 26) diagnostizierte Dr. F. \_\_\_\_\_ - gestützt auf den Arztbericht von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2013 und seine eigene Untersuchung vom 8. August 2013 - eine paranoide Schizophrenie (F20.0 + G) und psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F12.1 + V). Gemäss eigenen Angaben leide der Beschwerdeführer seit einigen Jahren an einem allgemeinen Verfolgungswahn. Vor ca. 1,5 Jahren seien die Verfolgungsgedanken wieder grösser geworden, er sei erkrankt und ihm sei nach drei Monaten gekündigt worden. Seither sei er bei Dr. H. \_\_\_\_\_ in Behandlung. Im Januar 2012 sei (gemäss Dr. F. \_\_\_\_\_) eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert worden. Seither sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig in seiner bisherigen und einer angepassten Arbeit. Eine Besserung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit (zumindest zu einer Teilleistungsfähigkeit) könnten mittels Fortsetzung der psychiatrischen Therapie (aktuell: einmal im Monat), Psychopharmakotherapie (aktuell: Olanzapin 15 mg/Tag bzw. 45 mg/Tag, Duloxetin/Cymbalta 60 mg/Tag [IV-act. 26 S. 2, 9]), Soziotherapie erreicht werden bzw. seien bis August 2014 nicht unwahrscheinlich. Der Beschwerdeführer konsumiere keine Drogen mehr. Als Funktionseinschränkungen erwähnt Dr. F. \_\_\_\_\_ eine deutliche Minderung von Antrieb und Konzentrationsfähigkeit, gedrückter Affekt, Minussymptomatik. Anlässlich der Untersuchung seien Antrieb, Psychomotorik und Mimik eingeschränkt bzw. gemindert gewesen. Die Grundstimmung sei gedrückt und die affektive Schwingungsfähigkeit deutlich gemindert. Der formale Gedankengang sei geordnet. Inhaltliche Denkstörungen im Sinne von Wahngedanken lägen nicht vor, ebenso wenig Sinnestäuschungen im Sinne von Halluzinationen oder illusionäre Verkennungen. Der Beschwerdeführer sei seit Januar 2012 wegen einer paranoiden Schizophrenie (F20.0 + G) und psychischen und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F12.1 + V) zu 100 % arbeitsunfähig.

#### **E. 5.4.3.2**

Am 3. Juli 2014 erstellte Dr. F. \_\_\_\_\_ zuhanden der DRV ein (zweites) "Neuropsychiatrisches Fachgutachten" (IV-act. 65) - ausgehend von seinem (ersten) neuropsychiatrischen Gutachten vom 8. August 2013 und der darin erwähnten Aktenlage (neue Befunde seien nicht vorgelegt worden) sowie einer Untersuchung des Beschwerdeführers am 3. Juli 2014. Der Beschwerdeführer habe sich seit der Begutachtung im August 2013 bis Ende des Jahres monatlich bei seinem Psychiater in der Schweiz vorgestellt. Er habe dort die Medikamente verschrieben bekommen. Die Behandlung sei

dann ausgelaufen, weil der Beschwerdeführer sich die Reise in die Schweiz nicht mehr habe leisten können. Er habe vor zwei bis drei Monaten von sich aus die Medikation abgesetzt, als seine medikamentösen Reserven am Ende gewesen seien. Er habe nicht gewusst, dass auch der Hausarzt die Medikamente verschreiben könne. Er habe sich um eine Psychotherapie bemüht, aber keinen Termin bekommen. Da der Beschwerdeführer sich nicht mehr in fachpsychiatrischer Behandlung befinde und keine Psychopharmaka mehr einnehme, sei eine Exazerbation der Erkrankung in nächster Zeit zu befürchten. Der Beschwerdeführer könne - gemäss eigenen Angaben - nicht arbeiten, weil er kein Vertrauen mehr zu den Menschen habe. Er fühle sich beobachtet. Das habe bereits in der Schweiz angefangen. Beim Telefonieren habe es immer wieder in der Leitung "klick" gemacht. Er habe das Gefühl, dass sich jemand in seinen Laptop eingehackt habe, weshalb er ihn seit mindestens drei Monaten nicht mehr angefasst habe. Mit seinen Eltern komme er recht gut zurecht. Er sei dort im Haushalt integriert. Cannabis habe er schon längere Zeit nicht mehr eingenommen. Anlässlich der Untersuchung sei die Grundstimmung leicht gedrückt gewesen und die affektive Schwingungsfähigkeit eingeengt. Antrieb und Psychomotorik seien eingeschränkt gewesen. Der formale Gedankengang erscheine geordnet, es werde aber ein deutliches Beeinflussungserleben geschildert. Im Sinne einer Zusammenfassung und Beurteilung diagnostizierte Dr. F.\_\_\_\_\_ eine paranoide Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis bzw. eine paranoide Schizophrenie mit Verfolgungswahn und dem Gefühl, abgehört zu werden, seit Anfang 2012, bei anamnestisch vorliegendem Cannabis-Abusus. Im Gegensatz zur Voruntersuchung konnten auch deutliche Wahnhalte festgestellt werden, in dem Sinne, dass er abgehört werde oder sich Fremde in seinen Computer eingehackt hätten. Vom Antrieb her sei der Proband gemindert und von der Stimmungslage her gleichmütig im Sinne von Minussymptomen. Wegen der Psychose sei der Beschwerdeführer (auch weiterhin) nicht in der Lage eine Tätigkeit von wirtschaftlichem Wert auszuführen. Mit grosser Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass die Erkrankung des Beschwerdeführers in eine chronifizierte Psychose einlaufe und mit Besserung in Zukunft kaum zu rechnen sei.

#### **E. 5.4.3.3**

In seinem (dritten) "Neuropsychiatrischen Gutachten" vom 14. September 2015 (IV-act. 100) verweist Dr. F.\_\_\_\_\_ - neben der Untersuchung des Beschwerdeführers am 1. September 2015 - auf die Aktenlage gemäss seinen neuropsychiatrischen Gutachten vom 8. August 2013 und 3. Juli 2014. Neue medizinische Befunde lägen ihm nicht vor. Dr. F.\_\_\_\_\_ führt aus, der Beschwerdeführer sei seit Sommer 2014 regelmässig bei der behandelnden Psychologin in Behandlung. Alle 2-3 Wochen erfolge ein Gespräch von ca. 45-60 Min. Es würden keine Medikamente verordnet oder eingenommen. Der Beschwerdeführer habe Angst vor der Medikamenteneinnahme. Es sei wie eine innerliche Unruhe, die er immer wieder verspüre, wie ein Aufgewühltsein. Er lebe weiterhin zurückgezogen bei seinen Eltern. Er fühle sich weiterhin beobachtet und verfolgt. Es sei wie eine innere Eingebung, eher nichts Konkretes. Er höre keine Stimmen. Er habe den Eindruck, dass die Telefonleitungen abgehört würden, weshalb er fast nicht mehr telefoniere. Den Computer habe er seit neun Monaten nicht mehr benutzt, weil sich dort ohne sein Zutun Seiten aufgetan und geschlossen hätten. Er rauche Cannabis in unregelmässigen Abständen, was zu einer Beruhigung und auch zu einem Nachlassen seiner Rückenschmerzen führe. Anlässlich der Untersuchung seien Antrieb und Psychomotorik eingeschränkt gewesen. Die Grundstimmung sei leicht gedrückt und die affektive Schwingungsfähigkeit eingeengt gewesen. Der formale Gedankengang erscheine

geordnet, es werde aber ein deutliches Beeinflussungserleben geschildert. Auch in der Untersuchung seien beim Probanden Wahnvorstellungen vorhanden. Zusammenfassend habe sich am seelischen Befinden des Beschwerdeführers nach seinen Angaben nichts geändert. Abgesehen vom Kontakt zur Primärfamilie und zu einem guten Freund bestünden so gut wie keine Aussenkontakte. Der Beschwerdeführers sei zudem vom Antrieb her gemindert und von der Stimmungslage her gleichmütig im Sinne einer schizophrenen Minus-Symptomatik. Der Beschwerdeführer leide seit Anfang 2012 an einer paranoiden Psychose mit wahnhaften Befürchtungen, abgehört und verfolgt zu werden. Im Weiteren liege nach Angaben des Beschwerdeführers ein Cannabisabusus vor. Aufgrund der floriden paranoid-halluzinatorischen Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis sei der Beschwerdeführer dauerhaft zu einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von wirtschaftlichem Wert nicht in der Lage. Das heisse, seine tägliche Leistungsfähigkeit liege unter drei Stunden. Dr. F.\_\_\_\_\_ erklärte, er gehe unter Würdigung des bisherigen Verlaufs der seelischen Erkrankung des Beschwerdeführers davon aus, dass es zu keiner Besserung mehr kommen werde.

#### **E. 5.4.4**

Im Formular E 213 vom 28. September 2015 (IV-act. 101) attestierte, Dr. G.\_\_\_\_\_ - basierend auf dem dritten "Gutachten" von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 14. September 2015 - eine chronische psychische Erkrankung (paranoide Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis), Cannabis-Abusus (F20 + G; Ziff. 7). Im Vergleich zur Voruntersuchung habe sich der Zustand nicht geändert (Ziff. 8). Das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt liege weiterhin unter drei Stunden täglich (Ziff. 6) bzw. er könne noch regelmässig leichte Tätigkeiten verrichten (Ziff. 9, 11.6) bzw. keine angepasste Arbeit verrichten (Ziff. 11.5). Eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustandes könne nicht erzielt werden.

#### **E. 5.4.5**

In ihrem Befundbericht von März 2015 betreffend den Beschwerdeführer listete die behandelnde Psychologin als bei Therapiebeginn (11. Juli 2014) erstellte Eingangsdiagnosen eine Anpassungsstörung (F43.2), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine Panikstörung (episodische paroxysmale Angst [F41.0]), und eine phobische Störung (F40.9) auf. Aufgrund dieser Diagnosen und vor dem Hintergrund des massiven, akuten Beschwerdebildes sei der Patient zurzeit nicht in der Lage, sich in engen Räumen, Autos, Eisenbahnen, Flugzeugen mit mehreren Personen aufzuhalten. Er erleide in solchen Situationen Panikattacken. Aus therapeutischer Sicht sei er zurzeit nicht reisefähig. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich die Psychologin nicht.

#### **E. 5.5**

Die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA (MD) lassen sich wie folgt zusammenfassen: In der Stellungnahme MD vom 12. Januar 2014 (nachfolgend erste MD-Stellungnahme; IV-act. 37) kam Dr. med. N.\_\_\_\_\_ (FMH Innere Medizin und Nephrologie) zum Schluss, dass keine somatischen Diagnosen von Relevanz vorlägen, der Fall jedoch zur weiteren Begutachtung einem Psychiater der IVSTA vorgelegt werden sollte. Sie würde eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz vorschlagen. In der zweiten MD-Stellungnahme vom 21. Juni 2014 (IV-act. 41) stellte Dr. E.\_\_\_\_\_ keine Diagnosen. Er führte aus, dass es durchaus möglich sei, dass eine Schizophrenie erst mit 35

Jahren auftrete, doch sei es irgendwie nicht nachvollziehbar, dass - wenn keine psychotische Symptomatik bestehe - eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Dies werde mit einer Minussymptomatik begründet, deren Auftreten bereits nach so kurzer Zeit (allerdings) aussergewöhnlich wäre. Die Medikation mit 45 mg Olanzapin sei hingegen sehr hoch und könnte eine Sedation bewirken. Dr. E.\_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz (inkl. Medikamentenspiegelbestimmung) nötig sei. In der dritten MD-Stellungnahme vom 25. Januar 2015 (IV-act. 77) führte Dr. E.\_\_\_\_\_ aus, dass die Dokumente im Dossier auf der einen Seite widersprüchlich, auf der anderen kaum nachvollziehbar und dann wiederum zu alt seien, sodass hier der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) keine Stellungnahme abgeben könne. Es bestehe aber durchaus die Möglichkeit, dass eine schwerwiegende psychische Störung bestehe, die eventuell Anlass für eine lebenslängliche Berentung geben könnte. Aus diesem Grund müsse hier sorgfältig abgeklärt werden, wozu er eine Begutachtung in der Schweiz für nötig erachte. In der vierten MD-Stellungnahme vom 30. März 2015 (IV-act. 90) führte Dr. E.\_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei reisefähig. Dazu gereiche der neu eingereichte Bericht der Psychologin geradezu als Beweis: Eine Anpassungsstörung gebe nicht einmal Anlass für eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit. Eine Depression (ihrerseits) lasse die Aussage einer Reiseunfähigkeit nicht zu. Eine Panikstörung sei völlig unabhängig von den äusseren Umständen. Unklar sei, worauf sich die angeführte phobische Störung beziehe. Im Übrigen verlangten (gemäss Dr. E.\_\_\_\_\_ ) schon allein die teils neuen Diagnosen eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz. In der fünften MD-Stellungnahme vom 15. März 2016 (IV-act. 103) führte Dr. E.\_\_\_\_\_ aus, dass das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 14. September 2015 die schweizerischen Qualitätsanforderungen bei weitem nicht erfülle. Die Diagnose einer floriden paranoid-halluzinatorischen Psychose ohne jegliche Halluzinationen sei ein Unding. Er sei weiterhin der Ansicht, dass eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz durchgeführt werden müsse. Der Beschwerdeführer sei reisefähig, eine Reise zur Begutachtung (in [...]) sei zumutbar.

### **E. 5.6**

Eine Gegenüberstellung der medizinischen Berichte einerseits und der MD-Stellungnahmen andererseits ergibt folgendes Bild: Zusammengenommen indizieren die medizinischen Berichte von Dr. H.\_\_\_\_\_, Dr. J.\_\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_\_ - sich teilweise überschneidend, teilweise mit unterschiedlichen Diagnosen - seit 21. Januar 2012 bis auf weiteres eine möglicherweise schwerwiegende psychische Erkrankung des Beschwerdeführers und weitgehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeder Arbeitstätigkeit. Die behandelnde Psychologin äussert sich in ihrem Bericht nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, indiziert aber ein massives, akutes Beschwerdebild in Bezug auf verschiedene bei Therapiebeginn erstellte Eingangsdagnosen betreffend eine psychische Erkrankung des Beschwerdeführers. Dr. E.\_\_\_\_\_ hielt in der dritten MD-Stellungnahme fest, es bestehe durchaus die Möglichkeit, dass eine schwerwiegende psychische Störung vorliege, die eventuell Anlass für eine lebenslängliche Berentung geben könnte. Die Dokumente im Dossier seien allerdings auf der einen Seite widersprüchlich, auf der anderen kaum nachvollziehbar und dann wiederum zu alt, sodass eine Begutachtung in der Schweiz notwendig sei. Soweit Dr. E.\_\_\_\_\_ auch in seinen anderen MD-Stellungnahmen eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz für notwendig erklärte, schloss er auch in diesen Stellungnahme implizite eine mögliche, zumindest rentenrelevante psychische Störung nicht aus. Demnach ist nachfolgend zu prüfen, ob eine entsprechende Beurteilung auf der Basis der vorliegenden medizinischen

Unterlagen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfolgen kann oder dafür namentlich eine Begutachtung in der Schweiz notwendig wäre.

### **E. 6.1**

Das Gutachten von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 25. Mai 2012 (IV-act. 61) erfüllt grundsätzlich die in der Rechtsprechung festgelegten Voraussetzungen für eine volle Beweiskraft (s. oben E. 4.4.3). Allerdings liegen zwischen dem Verfassen des Gutachtens und dem Erlass der angefochtenen Verfügung (am 9. Mai 2016) fast vier Jahre. Da zudem Dr. H. \_\_\_\_\_ im Zeitraum bis mindestens Mai 2013 eine Weiterentwicklung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers dargelegt hat und Dr. F. \_\_\_\_\_ und die behandelnde Psychologin weitere Diagnosen erstellt haben, kann dem Gutachten J. \_\_\_\_\_ für die vorliegend strittige Beurteilung keine volle Beweiskraft zugesprochen werden.

### **E. 6.2**

Dr. H. \_\_\_\_\_ hat nie ein umfassendes Gutachten erstellt, welchem volle Beweiskraft zukommen könnte. Seine fünf Berichte scheinen allerdings grundsätzlich in sich stimmig und nachvollziehbar und werden vom medizinischen Dienst nicht substantiiert kritisiert. Da Dr. H. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer während fast zwei Jahren therapeutisch begleitet hat, können seine Beobachtungen und Beurteilungen nicht ignoriert werden, auch wenn er diese als behandelnder Spezialarzt erstellt hat und zwischen seinem letzten Bericht und dem Erlass der angefochtenen Verfügung fast drei Jahre vergangen sind.

### **E. 6.3**

In Bezug auf das erste "Gutachten" von Dr. F. \_\_\_\_\_ ist namentlich auf folgende Defizite hinzuweisen: Dr. F. \_\_\_\_\_ erstellte sein Gutachten nur unter Berücksichtigung des Arztberichts von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2013 und insbesondere ohne Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. J. \_\_\_\_\_. Ohne Begründung übergeht Dr. F. \_\_\_\_\_ die im Bericht von Dr. H. \_\_\_\_\_ im Januar 2012 in den Vordergrund gestellte depressive Symptomatik und die andauernde rezidivierende depressive Störung und diagnostiziert stattdessen bereits ab Januar 2012 (nur) eine paranoide Schizophrenie mit Verfolgungswahn plus psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide. Betreffend letztere Diagnose besteht zumindest insofern Erklärungsbedarf, als der Beschwerdeführer gegenüber Dr. F. \_\_\_\_\_ angegeben hat, keine Drogen mehr, insbesondere keinen Cannabis mehr zu konsumieren. Die aktuelle Dosierung von Olanzapin wird widersprüchlich als 15 bzw. 45 mg pro Tag angegeben. Aus der aktuellen Untersuchung des Beschwerdeführers flossen weitgehendst nur dessen Angaben ins Gutachten ein. Das zweite und das dritte Gutachten von Dr. F. \_\_\_\_\_ leiden weitgehend an analogen und/oder perpetuierten Defiziten. Insbesondere stützt Dr. F. \_\_\_\_\_ sich jeweils nur auf sein früheres bzw. seine früheren Gutachten und auf die Aussagen des Beschwerdeführers anlässlich der aktuellen Untersuchung und nimmt als einziges zusätzliches medizinisches Aktenstück auf den Arztbericht von Dr. H. \_\_\_\_\_ aus dem Jahr 2013 Bezug, wohingegen er z.B. keinen Bericht der behandelnden Psychologin in die dritte Begutachtung einbezog. Auch woraus Dr. F. \_\_\_\_\_ im dritten Gutachten auf eine floride paranoid-halluzinatorische Psychose schliesst, ist - wie Dr. E. \_\_\_\_\_ in der fünften MD-Stellungnahme zu Recht rügt - nicht ersichtlich. Unter diesen Umständen kann den "Gutachten" von Dr. F. \_\_\_\_\_ nur ein erheblich reduzierter Beweiswert zugesprochen werden.

### **E. 6.4**

Schon weil sich der Bericht von Dr. G. \_\_\_\_\_ einzig auf das nicht überzeugende dritte Gutachten von Dr. F. \_\_\_\_\_ abstützt, kann ihm keine erhebliche Beweiskraft zukommen. Dass seine Angaben betreffend die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers teilweise widersprüchlich sind (s. oben E. 5.4.4), entkräftet den Bericht zusätzlich.

#### **E. 6.5**

Der Bericht der behandelnden Psychologin enthält nur eine Auflistung der bereits rund acht Monate alten Eingangsdiagnosen und den Hinweis, dass das Beschwerdebild des Beschwerdeführers massiv und akut sei. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussert sie sich nicht. Diesbezüglich kommt dem Bericht somit keinerlei Beweiskraft zu. Die darin enthaltenen neuen Diagnosen (s. oben E. 5.4.5) sprechen hingegen - wie Dr. E. \_\_\_\_\_ in der fünften MD-Stellungnahme ausführt - (zusätzlich) für eine weitere Abklärung mittels Begutachtung in der Schweiz.

#### **E. 6.6**

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die aktenkundigen medizinischen Unterlagen nicht ausschliessen lassen, dass der Beschwerdeführer an einer schweren, seine Leistungsfähigkeit beeinträchtigenden psychischen Krankheit leidet. Sie lassen aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass dem so ist. Dazu sind weitere Abklärungen vorzunehmen, wobei zu prüfen bleibt, ob diese in Deutschland vorgenommen werden könnten.

#### **E. 6.7**

Die IVSTA hat bereits im Jahr 2013 versucht, über die DRV beweiskräftige medizinische Unterlagen zu bekommen und ersuchte die DRV dafür am 13. Februar 2013 um Zustellung eines ausführlichen ärztlichen Berichts (E 213; IV-act. 9; vgl. auch IV-19). Am 29. Juli 2013 teilte die DRV der IVSTA mit, dass noch die Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung vorgesehen sei, und sie die benötigten Unterlagen der IVSTA zustellen werde, sobald das Gutachten vorliege (IV-act. 20). In der Folge stellte die DRV der IVSTA das erste Gutachten von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 8. August 2013 zu (IV-act. 26). Nachdem der Beschwerdeführer mehrfach insistiert hatte, dass eine Reise zur Begutachtung in der Schweiz ihm nicht zugemutet werden könne, versuchte die IVSTA ein in Deutschland erstelltes, rechtsprechungsgemäss beweiskräftiges Gutachten zu beschaffen und ersuchte die DRV am 22. Mai 2015 um Veranlassung einer neuen Untersuchung des Beschwerdeführers und Zustellung der folgenden Unterlagen (IV-act. 94): - Genaue Angaben über die gegenwärtig eingenommenen Medikamente - Blutuntersuchungen - Urinuntersuchungen - Psychiatrische Untersuchung, Anamnese, Krankheitsverlauf, heutiger Gesundheitszustand, Diagnose, Prognose, Therapiedauer, Frequenz der Konsultationen, Therapie, Medikation (chemische Bezeichnung; Dosis), Arbeitsfähigkeit (in %) - Psychostatus: äussere, Verhalten; Bewusstsein: quantitativ/qualitativ; Orientierung: örtlich, zeitlich, situativ, zur Person; Konzentration / Gedächtnisfunktion; Auffassungs- und Wahrnehmungsfähigkeit - Denken: formal/inhaltlich; Ich-Störungen; Affekt: Kontakt/Schwingungsfähigkeit/Inhalt/Suizidalität; zirkadiane Störungen; Psychomotorik/Sprache. Trotz dieser detaillierten Aufforderung - insbesondere betreffend eine weit gefasste psychiatrische Beurteilung des Beschwerdeführers - wurden in der Folge lediglich das wenig aussagekräftige dritte "Gutachten" von Dr. F. \_\_\_\_\_ und der noch weniger beweiskräftige Bericht von Dr. G. \_\_\_\_\_ erstellt und der IVSTA zugestellt (vgl. IV-act. 95-101; s. oben E. 6.3 f.).

## **E. 6.8**

Unter diesen Umständen ist mit dem medizinischen Dienst und der IVSTA davon auszugehen, dass nur eine Begutachtung in der Schweiz den Sachverhalt ausreichend ergänzend abklären würde, um eine Beurteilung nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vornehmen zu können. Die Vorinstanz hat demnach zu Recht auf einer Begutachtung in der Schweiz beharrt, da diese Begutachtung vorliegend zur Prüfung des Rentenanspruchs als notwendig im Sinne von Art. 43 Abs. 2 ATSG zu qualifizieren ist.

## **E. 7.1**

Nachdem die IVSTA zu Recht eine Begutachtung in der Schweiz als notwendig erachtet hat, ist zu prüfen, ob die IVSTA diesbezüglich ein rechtsgenügendes Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt hat. Sinn und Zweck des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ist es, die versicherte Person auf die möglichen nachteiligen Folgen ihres Widerstandes gegen die vorgesehenen Massnahmen aufmerksam zu machen und sie so in die Lage zu versetzen, in Kenntnis aller wesentlichen Faktoren ihre Entscheidung zu treffen (vgl. BGE 122 V 218; Urteil des EVG I 605/04 vom 11. Januar 2005 E. 2.2 f.).

## **E. 7.2**

Zunächst hat die IVSTA mehrfach mit dem Beschwerdeführer betreffend die Notwendigkeit einer Begutachtung in der Schweiz und seinen dagegen erhobenen Einwand der Reiseunfähigkeit korrespondiert (vgl. insbesondere IV-act. 80, 83, 85, 88, 91, 92). Dabei hat sie ihn namentlich auf seine Mitwirkungspflichten hingewiesen, wozu auch gehöre, sich der als notwendig und zumutbar erachteten psychiatrischen Begutachtung in der Schweiz zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Ausserdem konfrontierte die IVSTA den Beschwerdeführer damit, dass sie im Falle seiner Verweigerung der Untersuchung (gemäss Art. 43 Abs. 3 Abs. 3 ATSG und Art. 7b Abs. 1 IVG) unter Ansetzung einer angemessenen Frist auf Grund der Akten verfügen, allfällige Leistungen kürzen/verweigern oder die Erhebungen einstellen und ein Nichteintreten beschliessen könne. Auch hat die IVSTA den Beschwerdeführer spezifisch dazu aufgefordert, ihr medizinische Akten zum Beweis der geltend gemachten Reiseunfähigkeit einzureichen. Vor allem aber hat die IVSTA dem Beschwerdeführer mit "2. Mahnung" vom 22. März 2016 mitgeteilt, dass sie - auch unter Berücksichtigung der neu eingegangenen medizinischen Unterlagen - eine Begutachtung in der Schweiz als unerlässlich und seine Reisefähigkeit nach wie vor als gegeben erachte, weshalb sie an der Durchführung einer psychiatrischen Untersuchung in der Schweiz festhalte. Sie räumte dem Beschwerdeführer unter Bezugnahme auf Art. 43 Abs. 2 und 3 ATSG, Art. 7b Abs. 1 IVG und Art. 21 Abs. 4 ATSG eine letzte Frist bis zum 6. Mai ein, um ihr schriftlich zu bestätigen, dass er an der notwendigen medizinischen Abklärung in der Schweiz teilnehmen werde, ansonsten die IVSTA nach Ablauf dieser Frist die Erhebungen einstellen und das Leistungsgesuch abweisen werde (s. oben Sachverhalt Bst. B.f).

## **E. 7.3**

Damit hat die IVSTA den Beschwerdeführer rechtsgenügend darüber informiert, welche Handlung von ihm erwartet wurde und welche nachteiligen Folgen bei Festhalten am Nichterscheinen an einer psychiatrischen Untersuchung in der Schweiz drohten und ihm eine ausreichend lange Bedenkzeit eingeräumt. Dass der Beschwerdeführer davon Kenntnis genommen und von der eingeräumten Bedenkzeit aktiv Gebrauch gemacht hat, ist daraus zu ersehen, dass er am 26. April 2016 erklärte, dass er die Untersuchung in der Schweiz nicht

machen werde, und um Erlass einer anfechtbaren Verfügung betreffend sein Leistungsgesuch ersuchte (s. oben Sachverhalt Bst. B.g). Die IVSTA hat somit ein rechtskonformes Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG durchgeführt.

## **E. 8**

Es bleibt zu prüfen, ob auch die Zumutbarkeit der Begutachtung in der Schweiz nach Art. 43 Abs. 2 ATSG zu bejahen ist.

### **E. 8.1**

Nach dem Wortlaut von Art. 43 Abs. 3 ATSG liegt eine Verletzung der Mitwirkungspflicht nur dann vor, wenn sie in unentschuldbarer und somit schuldhafter Weise erfolgt ist. Dies ist dann der Fall, wenn kein Rechtfertigungsgrund erkennbar ist oder sich das Verhalten der versicherten Person als völlig unverständlich erweist (Urteile des BGer 8C\_396/2012 vom 16. Oktober 2012 E. 5 m.H. und I 166/06 vom 30. Januar 2007 E. 5.1 m.H.). Weigert sich die versicherte Person, an der Begutachtung teilzunehmen, trägt sie nur dann die Konsequenzen der Untersuchungsverweigerung (vgl. des BGer 8C\_733/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 3.2), wenn die Verweigerung der Mitwirkung nicht auf entschuldbaren Gründen beruht, etwa weil sie der versicherten Person nicht zugerechnet werden kann, da sie krankheitshalber oder aus anderen Gründen nicht in der Lage war, ihren Pflichten nachzukommen (vgl. Urteil 8C\_733/2010 E. 5.3 m.w.H. auf Rechtsprechung und Literatur). Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit hat die Verwaltung (oder das Gericht) die gesamten (objektiven und subjektiven) Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen (Urteil des EVG I 214/01 vom 25. Oktober 2001 E. 2b, Urteil des BGer I 906/05 vom 23. Januar 2007 E. 6). Dabei ist die Frage der Zumutbarkeit ebenfalls objektiv zu klären. Es geht mithin nicht darum, ob die betreffende Person aus ihrer eigenen (subjektiven) Wahrnehmung heraus die Untersuchung zumutbar betrachtet oder nicht, sondern darum, dass die subjektiven Umstände (z.B. Gesundheitszustand) in einer objektiven Betrachtung dahingehend gewürdigt werden, ob diese Umstände die Untersuchung zulassen oder nicht. Die üblichen Untersuchungen in einer Gutachterstelle sind ohne konkret entgegenstehende Umstände generell als zumutbar zu betrachten (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 82). Es obliegt in erster Linie dem Versicherten, das Vorliegen einer Reiseunfähigkeit darzutun und zu begründen. Nach dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG verankerten Untersuchungsgrundsatz hat jedoch auch die Verwaltung eine Verpflichtung zu Abklärungen hinsichtlich der Beurteilung, ob eine Reisefähigkeit vorliegt oder nicht. Eine Untersuchung durch den ärztlichen Dienst ist dabei nicht zwingend erforderlich (vgl. Art. 49 Abs. 2 IVV). Die Anordnung einer Begutachtung in der Schweiz könnte sich dann als nicht erforderlich und daher unverhältnismässig erweisen, wenn die Abklärung ohne weiteres auch am Wohnort des Beschwerdeführers durchgeführt werden könnte (vgl. Urteil BGer I 166/06 vom 30. Januar 2007). Dies würde zumindest voraussetzen, dass die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut ist (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2). Im Übrigen besteht nach der Rechtsprechung kein Rechtsanspruch auf Begutachtung im Ausland (Urteil des EVG I 172/02 vom 7. Februar 2003 E. 4.5 mit Hinweisen).

#### **E. 8.2.1**

in seinen Eingaben vom 10. Februar 2015 bis 26. April 2016 hielt der Beschwerdeführer der IVSTA entgegen, dass es ihm aus gesundheitlicher, psychischer, psychologischer Sicht

nicht möglich sei, für eine Begutachtung in die Schweiz zu reisen. Auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren macht er geltend, dass eine Reise in die Schweiz eine physische (recte wohl: psychische) Belastung wäre, die er nicht ertragen könnte. Zur Begründung führte er aus, dass er in der Schweiz sehr schlimme Anfeindungen habe ertragen müssen, die sein Leben total verändert hätten. Sein früherer Arbeitgeber in der Schweiz habe ihn bedroht und gewarnt, nie wieder die Schweiz zu betreten, ansonsten er das bereuen werde. Er traue sich ohne Begleitung nicht mehr auf die Strasse. Eine Fahrt in die Schweiz sei für ihn nicht zumutbar und undenkbar. Weiter verwies er auf den Befundbericht der behandelnden Psychologin, bei welcher das Gericht auch weitere Auskünfte über seinen Gesundheitszustand einholen könne. In der Replik wiederholte der Beschwerdeführer in Bezug auf die Zumutbarkeit einer Reise in die Schweiz die in der Beschwerde gemachten Ausführungen, stellt die physischen (recte wohl: psychischen) Befunde nun allerdings neben die Bedrohung durch den ehemaligen Arbeitgeber.

### **E. 8.2.2**

In ihrer Vernehmlassung hielt die IVSTA daran fest, dass die Reiseunfähigkeit des Beschwerdeführers für eine Begutachtung in der Schweiz trotz mehrmaliger Mahnungen nicht nachgewiesen worden sei.

### **E. 8.2.3**

Dr. E. \_\_\_\_\_ hielt in der vierten MD-Stellungnahme (IV-act. 90) fest, dass der Bericht der behandelnden Psychologin gerade belege, dass der Beschwerdeführer reisefähig sei. Denn keine der von ihr aufgelisteten Diagnosen lasse auf eine Reiseunfähigkeit schliessen (s. oben E. 5.5). In der fünften MD-Stellungnahme hielt Dr. E. \_\_\_\_\_ daran fest, dass der Beschwerdeführer reisefähig sei und eine Reise zur psychiatrischen Begutachtung in der Schweiz zumutbar sei.

### **E. 8.3.1**

Zum Beleg seiner Reiseunfähigkeit hat der Beschwerdeführer lediglich den Bericht der behandelnden Psychologin eingereicht. Der Bericht enthält keine Angaben zu den Befunden, zur Herleitung der Diagnosen und zur substantiierten Begründung der attestierten Reiseunfähigkeit (s. oben E. 5.4.5). Die blosser Auflistung der bei Therapiebeginn erstellten und damit bereits rund acht Monate alten Eingangsdiagnosen und der Hinweis, dass das Beschwerdebild des Beschwerdeführers massiv und akut sei, sind unter diesen Umständen wenig aussagekräftig (s. auch oben E. 6.5). Ausserdem schliessen selbst die aufgelisteten Situationen, in welchen der Beschwerdeführer Panikattacken erleide, eine Autofahrt mit nur einer Begleitperson nicht aus. Der Beschwerdeführer wird denn auch per Auto von seinem Vater zur psychologischen Therapie gefahren und abgeholt. Eine einmalige Autoreise in die Schweiz mit einer Begleitperson wird somit selbst durch den Wortlaut des Berichts der Psychologin nicht ausgeschlossen. Unter diesen Umständen braucht auf die von Dr. E. \_\_\_\_\_ in der vierten MD-Stellungnahme gezogenen Umkehrschlüsse nicht weiter eingegangen zu werden.

### **E. 8.3.2**

Soweit die Eltern des Beschwerdeführers am 30. Juli 2017 gegenüber dem Gericht ausführten, dass sich sein Gesundheitszustand in den letzten Monaten immer mehr verschlechtert habe (s. oben Sachverhalt Bst. C.i), betrifft dies einen Zeitraum nach Erlass der angefochtenen Verfügung am 9. Mai 2016, welcher ausserhalb des vorliegenden Verfahrens liegt (s. oben E. 2.2)

### **E. 8.3.3**

Umso weniger vermögen die nicht substantiierten Behauptungen des Beschwerdeführers, dass ihm aus gesundheitlichen, psychischen oder psychologischen Gründen die Reise nicht möglich bzw. nicht zumutbar sei, nicht zu überzeugen.

### **E. 8.4**

Dafür, dass der Beschwerdeführer von seinem früheren Arbeitgeber für den Fall, dass er in die Schweiz zurückkehren werde, schwer bedroht worden ist, finden sich in den Akten keine Belege. Der Beschwerdeführer substantiiert diese Behauptung auch nicht ansatzweise. Obwohl das letzte Arbeitsverhältnis in der Schweiz per 31. Mai 2012 aufgelöst wurde, blieb er zudem bis Ende September 2012 in der Schweiz. Noch im Februar 2013 deklarierte er gegenüber der IVSTA, eine Wohnung in der Schweiz zu suchen (IV-act. 7), welche Absicht er dann im Juli 2014 nicht mehr zu haben deklarierte (vgl. IV-act. 52 f.). Ausserdem begab er sich bis Ende 2013 monatlich zur Therapie in die Schweiz. Unter diesen Umständen bleibt die angebliche Bedrohung ohne jegliche Grundlage.

### **E. 8.5**

Angesichts des gescheiterten Versuchs, ein ausreichend beweiskräftiges deutsches Gutachten zu erhalten (s. oben E. 6.7), erweist es sich unter der Optik von Art. 43 Abs. 2 ATSG als notwendig und daher verhältnismässig (s. oben E. 8.1), dass die IVSTA auf einen (erneuten) Versuch verzichtete und stattdessen auf einer Begutachtung in der Schweiz beharrte.

### **E. 8.6**

Demnach ist darauf zu schliessen, dass der Beschwerdeführer nicht rechtsgenügend nachgewiesen hat, dass ihm eine Reise zur Begutachtung in der Schweiz nicht möglich sei bzw. ihm nicht zugemutet werden könne (s. oben E. 8.3 f.) bzw. unverhältnismässig sei (s. oben E. 8.5) und daher seine Verweigerung der medizinischen Untersuchung gerechtfertigt und keine unentschuld bare/sanktionierbare Verletzung der Mitwirkungspflicht darstelle.

### **E. 9.1**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die psychiatrische Untersuchung in der Schweiz notwendig ist, der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht in unentschuldbarer Weise nicht nachgekommen ist und die Vorinstanz ein rechtskonformes Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt hat, sodass sie androhungsgemäss aufgrund der Akten entscheiden durfte.

### **E. 9.2**

Im Rahmen des Aktenentscheides darf die Beurteilung nicht einzig unter dem Blickwinkel der Mitwirkungspflichtverweigerung erfolgen, sondern es muss die gesamte aktuelle Aktenlage materiell berücksichtigt werden (vgl. Urteil des EVG I 90/04 vom 6. Mai 2004 E. 4 mit Hinweisen).

### **E. 9.3**

Wie bereits ausgeführt, kann die psychische Gesundheit und die Frage einer allfälligen dadurch verursachten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ohne Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung in der Schweiz nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilt werden (s. oben E. 6). Da vorliegend lediglich eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit in Frage steht, gilt

dies insgesamt für die geltend gemachte Beeinträchtigung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Da der Beschwerdeführer diesbezüglich die Beweislast trägt (s. oben E. 3.2) fallen die Folgen der Beweislosigkeit zu seinen Ungunsten aus.

#### **E. 9.4**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz mit Verfügung vom 9. Mai 2016 das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat. Die Beschwerde vom 20. Mai 2016 ist daher als unbegründet abzuweisen.

#### **E. 10**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 10.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Mit Zwischenverfügung vom 1. September 2016 hat es das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung gutgeheissen, weshalb auf die Erhebung von Verfahrenskosten zulasten des unterliegenden Beschwerdeführers zu verzichten ist. Der Vorinstanz als obsiegende Partei werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario).

##### **E. 10.2**

Dem Beschwerdeführer ist bei diesem Ausgang des Verfahrens keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario). Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE), weshalb auch ihr keine solche zuzusprechen ist.

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