

BVGer C-4409/2017 vom 6. März 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-03-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4409_2017

FR: TAF C-4409/2017 du 6 mars 2018

IT: TAF C-4409/2017 del 6 marzo 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Beschwerdeführer seine am 4. August 2017 eingereichte Beschwerde mittels seiner ergänzenden Eingabe vom 14. August 2017 frist- und formgerecht begründet hat (vgl. BVGer act. 2 und BVGer act. 5) und das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist (Zwischenverfügung vom 30. August 2017; BVGer act. 7) ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 7. Juli 2017, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat mit der Begründung, dass dieser die Mindestbeitragsdauer von einem Jahr (gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG [SR 831.20], in der bis zum 31.12.2007 geltenden Version) nicht erfülle.

E. 3

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

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in (...) (DE), 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. 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 257 E. 2.4), woran sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nichts geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.2

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bestimmung wurde im Rahmen der 5. IV-Revision unter anderem dahingehend geändert, dass die Mindestbeitragszeit erhöht wurde (AS 2007 5129; Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. IVG-Revision], BBl 2005 4536 f.; vgl. auch Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 36 NN. 1 f.). In der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung setzt Art. 36 Abs. 1 IVG voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei (vollen) Jahren Beiträge geleistet worden sind. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Falls die Mindestbeitragsdauer mit schweizerischen Versicherungszeiten nicht erfüllt ist, müssen bei Schweizern und Angehörigen von EU/EFTA-Staaten Beitragszeiten mitberücksichtigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind. Beträgt allerdings die Beitragszeit in der Schweiz weniger als ein Jahr, so besteht kein Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente (Meyer/ Reichmuth, a.a.O., Art. 36 N. 4; vgl. auch Rz. 3001.3 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV; KSBIL, gültig ab 1. Juni 2002, Stand: 1. Januar 2015; vgl. auch Thomas Ackermann, Versicherungsmässige Voraussetzungen des Leistungsanspruchs in der Invalidenversicherung, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2011, 2012, S. 35). Der Beschwerdeführer hat gemäss IK-Auszug während 12 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. IK-Auszug vom 20. März 2017; act. 65) und überdies in Österreich und in Deutschland während mehrerer Jahre Beiträge entrichtet (act. 3, S. 2 und act. 43, S. 1), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer grundsätzlich erfüllt ist. Ob der Beschwerdeführer - wie dies von der Vorinstanz in Abweichung vom IK-Auszug (act. 65) anerkannt wird (vgl. dazu act. 7, S. 2 und act. 75, S. 2) - auch in den Monaten Oktober bis Dezember 2009 Beiträge geleistet hat, braucht daher nicht abschliessend geklärt zu werden. Umstritten ist allerdings, ob der Beschwerdeführer die Beiträge vor Eintritt der Invalidität geleistet hat.

E. 3.3

In intertemporalrechtlicher Hinsicht gilt für die Beurteilung der Frage, welche Fassung von Art. 36 Abs. 1 IVG Anwendung findet, der Grundsatz, dass diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 253 E. 3.5). Da die Schlussbestimmungen zur Änderung des IVG vom 6. Oktober 2006 (5. IV-Revision) keine

für den vorliegenden Fall massgebende übergangsrechtliche Sonderregelung enthalten, kommen die allgemeinen Kriterien des intertemporalen Rechts zur Anwendung (Urteil des BGER 8C_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.1; BGE 132 V 215 E. 3.1.1; Urteil des BVerfG C-44/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 4.3). Es gilt mithin der Grundsatz, dass diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 253 E. 3.5). Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Der Invaliditätseintritt wird dabei in der Invalidenversicherung leistungsbezogen normiert. Dies hat zur Folge, dass ein oder mehrere Gesundheitsschäden verschiedene Invaliditätseintritte (Versicherungsfälle) auslösen können, je nachdem, welche gesetzliche Leistung durch die Art und Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung erforderlich wird. Die Leistungsberechtigung besteht nur dann, wenn im Zeitpunkt des so verstandenen leistungsspezifischen Invaliditätseintritts die versicherungsmässigen Voraussetzungen gegeben sind (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 4 NN. 135 f.). Nach der Rechtsprechung gilt der Versicherungsfall "Invalidität" erst mit der Entstehung des Rentenanspruchs als eingetreten (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 28 N. 23 mit Hinweis auf BGE 138 V 475 E. 3). Der Anspruch auf eine Viertelsrente ist entstanden, wenn die versicherte Person während eines Jahres durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen und mindestens weiterhin im Umfang von 40 % invalid ist. Analog gelten für die Entstehung des Anspruchs auf eine halbe Invalidenrente, eine Dreiviertels- sowie eine ganze Rente ein Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50 %, 60 % respektive 70 % (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 29 NN. 6 - 9).

E. 3.4

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist eine materielle Anspruchsvoraussetzung für die Rentenberechtigung, diejenige nach Art. 29 Abs. 1 IVG (zum Normzweck BGE 140 V 2 E. 5.3 S. 7) ist eine solche verfahrensmässiger Natur (formelle Karenzfrist; BGE 142 V 547 E. 3.2 S. 550).

E. 3.5

Voraussetzung für die Entstehung des Anspruchs auf eine ordentliche Invalidenrente ist, dass die versicherte Person nach ihrer Einreise in die Schweiz während wenigstens eines Jahres durchschnittlich zu mindestens 60 % arbeitsfähig war (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und somit die massgebliche Invalidität erst nach Erfüllung des Beitragsjahres eingetreten ist (Urteile des BGER 9C_682/2013 vom 25. Februar 2014 E. 3.1.2 m.H.). Mit anderen Worten muss die Mindestbeitragszeit vor Eintritt der Invalidität geleistet sein (Urteile des BGER 8C_610/2014 vom 5. November 2014 E. 3; 8C_519/2014 vom 22. Dezember 2014 E. 3; Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 36 N. 2). Lässt sich diese anspruchsbegründende Tatsache

(vgl. Art. 8 ZGB) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, hat die versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221 f.; Urteil des BGer 8C_167/2014 vom 8. August 2014 E. 5).

E. 3.6

Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) beziehungsweise Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Nach der Rechtsprechung des EVG stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Eine - vorliegend zutreffende - Ausnahme von diesem Prinzip gilt aufgrund des FZA und der anwendbaren europäischen Verordnungen seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft (EU), denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253).

E. 3.7

Die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit müssen somit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann (BGE 121 V 264 E. 6b/cc S. 274; 105 V 156 E. 2c/d S. 160 f.; Urteil des BGer 9C_718/2008 vom 2. Dezember 2008 E. 4.1.1). Unter Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG ist (bei Erwerbstätigen) die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf zu verstehen (BGE 130 V 97 E. 3.2 S. 99; SVR 2007 IV Nr. 38 S. 130; BGE 105 V 156 E. 2; vgl. hierzu auch Tobias Bolt, Erfüllung des Wartejahres bei Veränderungen des Gesundheitszustandes, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2013, S. 123 ff., S. 133). Für die Eröffnung der einjährigen Wartezeit genügt eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (SVR 2008 BVG Nr. 31 S. 126, AHI 1998 S. 124 E. 3c). Die Wartezeit wird unterbrochen, wenn der Versicherte an mindestens dreissig aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29ter IVV [SR 831.201]). Tritt nach einem wesentlichen Unterbruch wieder eine Arbeitsunfähigkeit (von mindestens 20 %) ein, so beginnt die Wartezeit - unter Vorbehalt des (hier nicht anwendbaren) Art. 29bis IVV - neu zu laufen, ohne Anrechnung der bis zum wesentlichen Unterbruch bereits zurückgelegten Perioden von Arbeitsunfähigkeit. Unter relevanter Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) beziehungsweise Art. 29 Abs. 1 Bst. b IVG (in der bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) ist eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen. Das heisst, es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Mit anderen Worten muss die Leistungseinbusse in aller Regel dem seinerzeitigen Arbeitgeber aufgefallen sein. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit genügt nicht. Umgekehrt ist eine in der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zu einer gesunden Person tatsächlich nur reduziert

erbrachte Leistung für sich allein gesehen in aller Regel ebenso wenig ausreichend für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (Urteil des BGer 8C_652/2011 vom 5. Dezember 2011 E. 2 mit Hinweisen).

E. 3.8

Das Bundesgericht hat in einem jüngst ergangenen (zur Publikation bestimmten) Grundsatzurteil 8C_841/2016 vom 30. November 2017 festgehalten, dass die Frage, ob bei Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere, ebenso wenig wie bei somatoformen Störungen, allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden könne. Ob eine Therapie durchgeführt werde, gelte zwar auch im Rahmen der medizinischen Begutachtung als Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit für den Schweregrad der Störung. Mit dem Hinweis auf eine "regelmässig gute Therapierbarkeit" bei leichten bis mittelschweren Störungen direkt auf eine fehlende invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu schliessen, greife aber zu kurz und blende wesentliche medizinische Aspekte dieses Krankheitsgeschehens in sachlich unbegründeter Weise aus (E. 4.4). Gestützt auf eine erneute vertiefte Prüfung der Sach- und Rechtslage kam das Bundesgericht zum Schluss, dass an der bisherigen Rechtsprechung zu den leichten und mittelschweren Depressionen nicht mehr festgehalten werden könne. Denn die Feststellung, dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen könnten, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind, erweise sich in dieser absoluten Form als unzutreffend und stehe einer objektiven, allseitigen Abklärung und Beurteilung der funktionellen Einschränkungen der Krankheit im Einzelfall entgegen (E. 4.5.1). In der Folge hielt das Bundesgericht mit Verweis auf ein gleichentags gefälltes Urteils 8C_130/2017 fest, dass Depressionen von neu anhand des Indikatorenkatalogs gemäss BGE 141 V 281 abzuklären sind (E. 4.5.2). Im Grundsatzurteil 8C_130/2017 führte das höchstinstanzliche Gericht ferner aus, dass psychische Leiden - wie die somatoformen/funktionellen Störungen - wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich seien. Deshalb sei auch bei diesen Leiden der Beweis indirekt, behelfsweise, mittels Indikatoren, zu führen. Da bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestünden, sei das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf sie alle anzuwenden. Aufgrund dieser Erkenntnis lässt sich eine Beschränkung des Vorgehens nach BGE 141 V 281 auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden nicht mehr länger rechtfertigen. Demnach sind nach dieser neuesten bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich sämtliche psychischen Krankheiten einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen (Urteil 8C_130/2017 E. 7.1; vgl. dazu auch Thomas Gächter/Michael E. Meier, Praxisänderung zu Depressionen und anderen psychischen Leiden, in: Jusletter 15. Januar 2018). Davon kann - aus Gründen der Verhältnismässigkeit - dort abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem

konkreten Beweisbedarf. Die Notwendigkeit fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen. In diesen Fällen zeigt sich die Beweisproblematik, wenn überhaupt, vor allem bezüglich der funktionellen Auswirkungen. Daher hat auch bei jenen Störungen eine vertiefende Prüfung hinsichtlich des funktionellen Schweregrades und insbesondere der Konsistenz zu erfolgen, wenn Hinweise auf Inkonsistenzen, auf Aggravation oder Simulation bestehen. Überdies kann von einem strukturierten Beweisverfahren dort abgesehen werden, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Die Frage der Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens ist dabei stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik zu unterziehen (Urteil 8C_130/2017 E. 7.1; vgl. zum Beweiswert von Arztberichten im Allgemeinen BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a sowie zum Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Abklärungen BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

E. 3.9

Nach Art. 46 Abs. 3 VO Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen Deutschland bzw. Österreich und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch unter dem Geltungsbereich des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. hierzu auch BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4

Umstritten und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz - unter dem Gesichtspunkt der versicherungsmässigen Voraussetzungen - gestützt auf die ihr vorliegenden Akten einen Anspruch auf Invalidenrente verneinen durfte mit der Begründung, die Invalidität sei bereits vor seiner Einreise in die Schweiz eingetreten und der Beschwerdeführer habe die für den Anspruch erforderliche Mindestbeitragszeit nicht erfüllt.

E. 4.1

Gegen die vorinstanzliche Argumentation, wonach der Beschwerdeführer bei Eintritt der Invalidität noch keine Beitragszeiten in der Schweiz geleistet habe und deshalb die versicherungsmässige Voraussetzung der einjährigen Mindestbeitragszeit nicht erfülle, wird beschwerdeweise vorgebracht, die Erwerbsminderung sei erst im September 2013 eingetreten. Durch den Einsatz geeigneter Medikation habe die psychische Krankheit in der Zeit von September 2001 bis September 2013 immer wieder erfolgreich behandelt werden können. Nach der Entlassung aus den stationären Behandlungen sei wieder eine Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen (BVGer act. 5). Zwar habe er seit 2001 an affektiven und psychotischen Störungen gelitten; er sei jedoch immer wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen, so auch während seiner Arbeitstätigkeit in der Schweiz. Überdies gehe auch aus dem Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung vom 26. Oktober 2010 hervor, dass er damals voll arbeitsfähig aus der Klinik entlassen worden sei (BVGer act. 18 samt Beilage).

E. 4.2

Gestützt auf eine im Verlauf des Beschwerdeverfahrens eingeholte Stellungnahme von Dr. med. D._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie beim medizinischen Dienst der Vorinstanz, vom 30. Oktober 2017, beantragt die Vorinstanz in ihrer Beschwerdevernehmlassung vom 10. November 2017 die Gutheissung der Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Streitsache zur näheren Abklärung des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeiten (BVGer act. 16 samt Beilage). In ihrer Duplik hält sie an diesen Anträgen und der entsprechenden Begründung fest (BVGer act. 20).

E. 4.3

Wie nachfolgend darzulegen ist, lassen die bisher getroffenen Abklärungen in der Tat keinen verlässlichen Schluss in Bezug auf die Dauer und Höhe der Arbeitsunfähigkeit in der massgeblichen Zeit von September 2001 (Eintritt der Krankheit) bis September 2009 (Beendigung der Erwerbstätigkeit in der Schweiz [gemäss IK-Auszug]) zu. -Nach einer stationären psychiatrischen Behandlung im Bezirkskrankenhaus E._____ in der Zeit vom 7. September 2001 bis 8. Oktober 2001 diagnostizierte Dr. med. F._____ mit Bericht vom 14. November 2001 eine drogeninduzierte schizophre nieform e Psychose (ICD-10 F 12.50) und einen schädlichen Cannabisgebrauch (ICD-10 F 12.1). Eine Leistungsbeurteilung geht aus diesem Bericht allerdings nicht hervor (act. 35, S. 1 f.). -In der Zeit vom 2. Februar bis 18. Februar 2004 hielt sich der Beschwerdeführer zum zweiten Mal zur stationär-psychiatrischen Behandlung im Bezirkskrankenhaus E._____ auf. Aus dem im Anschluss daran erstellten Bericht von Dr. med. G._____ vom 26. Februar 2004 ergeben sich keine verwertbaren Erkenntnisse für eine verlässliche Leistungsbeurteilung (act. 36, S. 1 - 3). -Aus dem von Dr. med. H._____ im Anschluss an den dritten stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers im Bezirkskrankenhaus E._____ (vom 11. November 2005 bis 23. Dezember 2005) erstellten Bericht vom 30. Dezember 2005 lassen sich ebenfalls keine verlässlichen Schlüsse für eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ziehen. Immerhin geht aus dem Bericht hervor, dass der Beschwerdeführer im Anschluss an den Aufenthalt wieder in der Lage war, seine Arbeit aufzunehmen (act. 37, S. 1 - 4, insbesondere S. 3). -Im Anschluss an einen erneuten stationären psychiatrischen Aufenthalt im Bezirkskrankenhaus E._____ vom 15. Juli 2008 bis 25. Juli 2008 diagnostizierten die verantwortlichen Ärzte mit Bericht vom 3. September 2008 (act. 38, S. 1 -3) eine schizoaffektive Störung, zuletzt leichte depressive

Episode (nach ICD-10 F 25.1), und einen polyvalenten Substanzabusus (ICD-10 F 19.1). Auch dieser Bericht lässt keine Beurteilung der Leistungsfähigkeit zu. -In der Zeit vom 6. November 2009 bis 15. März 2010, vom 6. Dezember 2011 bis 9. Januar 2012 und vom 16. Oktober 2013 bis 18. November 2013 wurde der Beschwerdeführer erneut im Bezirkskrankenhaus E. _____ (stationär respektive teilstationär) psychiatrisch behandelt. Auch in den gestützt darauf erstellten Berichten wurde die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht beurteilt (act. 39, S. 1 - 4, act. 40, S. 1 - 4 und act. 41, S. 1 - 4). -Im Anschluss an einen Rehabilitationsaufenthalt vom 16. Juni 2014 bis 12. Dezember 2014 in der Rehabilitationseinrichtung I. _____ hielten die verantwortlichen Ärzte, Dres. med. J. _____ und K. _____, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen ein Abhängigkeitssyndrom (multipler Substanzgebrauch, insbesondere Amphetamine und THC; ICD-10 F 19.24), eine Spielsucht (ICD-10 F 63.0) sowie eine bipolare affektive Störung (gegenwärtig remittiert; ICD-10 F 31.7) fest. In Bezug auf die Leistungsfähigkeit kamen die Ärzte in ihrem Bericht vom 23. Dezember 2014 zum Schluss, dass diese während des Aufenthaltes bei durchschnittlich bei 15.5 Stunden pro Woche gelegen habe (act. 15, S. 1 - 15, insbesondere S. 14). Verlässliche Hinweise für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit in der Zeit vor September 2009 sind dem Bericht nicht zu entnehmen. Immerhin wird darauf hingewiesen, dass sich der Beschwerdeführer mittlerweile zum achten Mal in der BKH E. _____ aufgehalten habe. Überdies habe er sich noch zweimal im Ausland in einer psychiatrischen Klinik und einmal in der Fachklinik L. _____ aufgehalten (act. 15, S. 5). -Nach einem erneuten stationären Aufenthalt im Bezirkskrankenhaus E. _____ vom 15. Januar 2015 bis 13. Februar 2015 (Bericht vom 12. August 2015; act. 42, S. 1 - 4) und einem Rehabilitationsaufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung M. _____ vom 17. Februar 2015 bis 29. Juni 2015 diagnostizierten die verantwortlichen Ärzte mit Bericht vom 15. Juli 2015 eine Polytoxikomanie (Amphetamine, Cannabis, Kokain; ICD-10 F 192), pathologisches Spielen (ICD-10 F 172), eine schizoaffektive Störung (ICD-10 F 259) sowie eine Hypercholesterinämie (ICD-10 E 780). Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung kamen sie zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäufer 6 Stunden und mehr arbeiten könne. Zu vermeiden seien Tätigkeiten mit "erhöhter Griffnähe zu Suchtmitteln", Arbeiten unter erhöhtem Leistungs- und Zeitdruck sowie Tätigkeiten mit häufig wechselnden Arbeitszeiten. Konkrete und verlässliche Anhaltspunkte für eine Leistungsbeurteilung in der Zeit vor September 2009 gehen auch aus diesem Bericht nicht hervor (act. 16, S. 1 - 18). -Dr. med. C. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Vertrauensarzt SGV/SSMC und zertifizierter RAD-Arzt beim medizinischen Dienst der IVSTA, führte mit Stellungnahme vom 15. Dezember 2016 im Wesentlichen aus, der Beschwerdeführer leide seit vielen Jahren unter einer schizoaffektiven Psychose (ICD-10 F 25.0). Der Alkohol- und Cannabiskonsum sowie der Konsum anderer Suchtmittel seien dabei irrelevant, da er auch ohne Konsum von Drogen arbeitsunfähig wäre. Auch eine angepasste Verweisungstätigkeit sei ihm nicht zumutbar. Aufgrund der vorliegenden Akten sei es sehr schwierig oder unmöglich, den Beginn der lang andauernden Arbeitsunfähigkeit mehr oder weniger genau anzugeben. Auch in der Zeit, da er zu 50 % gearbeitet habe, gelte er als 50 % arbeitsunfähig. Der Beginn der Krankheit gehe mindestens auf den 7. September 2001 zurück (act. 45, S. 1 - 3). -Am 1. März 2017 führte Dr. med. C. _____ zudem aus, es sei ihm unmöglich, den Beginn der Arbeitsunfähigkeiten genau anzugeben. Der Beginn der Krankheit gehe sicherlich auf den 7. September 2001 zurück, als der

Versicherte erstmals hospitalisiert worden sei. In der Folge sei er immer wieder psychiatrisch hospitalisiert worden, wobei er zwischendurch auch arbeitsfähig gewesen sei, so auch während der 16 Monate seiner Arbeitstätigkeit in der Schweiz. Sicherlich sei er während der Zeit seiner Hospitalisationen jeweils vollständig arbeitsunfähig gewesen (act. 57).

E. 4.4

Nachdem aus den Ausführungen der behandelnden Ärzte in den genannten Berichten keine verlässlichen Schlüsse in Bezug auf die Leistungsbeurteilung gezogen werden können, sind zur Prüfung von Beginn und Umfang der jeweiligen Arbeitsunfähigkeit in der Zeit von September 2001 bis Ende September 2009 (Aufhebung des letzten Arbeitsverhältnisses in der Schweiz; act. 17, S. 2) weitere Abklärungen durchzuführen. Im Einklang mit den Anträgen der Parteien (vgl. BVGer act. 16 und BVGer act. 18) ist die Streitsache dementsprechend an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 4.5

Für den Fall, dass die nachträglich durchzuführenden Abklärungen zum Ergebnis führen, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht gegeben sind, kann die Vorinstanz von weiteren Erhebungen im medizinischen Bereich absehen und betreffend der Mindestbeitragsdauer erneut verfügen.

E. 4.6

Sollte die Vorinstanz feststellen, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sind, wird sie im medizinischen Bereich die noch zu veranlassende Administrativbegutachtung entsprechend der vorstehend dargelegten Rechtsprechung (E. 3.8 hievore) einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen haben (vgl. dazu Urteil 8C_130/2017 E. 7.1 und BGE 141 V 281 E. 4.1.3; vgl. dazu auch Jörg Jeger, Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, in: Jusletter vom 13. Juli 2015, Rz. 30 ff.; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29. Juni 2015, Rz. 32 ff.).

E. 4.7

Im Falle weiterer medizinischer Abklärungen wird zu beachten sein, dass beim Beschwerdeführer wiederholt eine Polytoxikomanie diagnostiziert wurde (E. 4.3 hievore). Die im Recht liegenden ärztlichen Berichte setzen sich nicht mit den zwingend zu beantwortenden Fragen auseinander, welche Wechselwirkung allenfalls zwischen der Sucht und der psychischen Krankheit besteht. Zu klären ist insbesondere, ob die Sucht einen körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden bewirkt hat oder ob er selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist. Zwar begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht nach ständiger Rechtsprechung keine Invalidität. Hingegen wird eine solche Sucht im Rahmen der Invalidenversicherung bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (Urteile des BGer 8C_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.3; 8C_48/2012 vom 3. Dezember 2012 E. 2.3). Dementsprechend bedarf es für den Fall einer medizinischen Weiterabklärung - neben einer psychiatrischen - auch einer ergänzenden internistischen Begutachtung.

E. 5.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz die versicherungsmässigen Voraussetzungen, namentlich die Erfüllung der gesetzlichen Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG, nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Entsprechend den übereinstimmenden Anträgen der Parteien ist die Streitsache daher zur Prüfung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der Zeit von September 2001 bis September 2009 respektive der Beurteilung der Frage der Erfüllung der gesetzlichen Mindestbeitragsdauer im Zeitpunkt der Rentenentstehung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Sollten die nachträglichen Abklärungen ergeben, dass diese Anspruchsvoraussetzung gegeben ist, wird sie den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens zu klären haben.

E. 5.2

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2017 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne von E. 4.4 - E. 4.7 und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 6

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

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Mit Blick auf diesen Verfahrensausgang greift die (subsidiäre) unentgeltliche Prozessführung greift somit nicht. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes und der auf die Einarbeitung in das Dossier und die Erstellung der Replik beschränkten Aufwand wird die Parteientschädigung (inkl. Auslagenersatz, exkl. MWSt; vgl. zum Ausschluss der MWSt betreffend Dienstleistungen für den Beschwerdeführer mit Wohnsitz im Ausland Urteil des BVGer C-6983/2009 vom 12. April 2010 E. 3.2) auf Fr. 1'500.- festgelegt (Art. 10 VGKE). (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nachfolgende Seite verwiesen).