

# **BVGer C-6281/2015 vom 11. Juli 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-07-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6281\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6281_2015)

FR: TAF C-6281/2015 du 11 juillet 2017

IT: TAF C-6281/2015 del 11 luglio 2017

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

### **E. 1.4**

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und dem Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 13. Juni 2017 die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde, womit kein Kostenvorschuss zu leisten war, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG sowie Art. 52, 63 Abs. 4 und 65 Abs. 2 VwVG).

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist polnischer und deutscher Staatsangehöriger mit gemeldetem Domizil in Deutschland (c/o C. \_\_\_\_\_ in Z. \_\_\_\_\_), weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs

wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

### **E. 2.2**

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

### **E. 2.3**

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

### **E. 2.4**

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

### **E. 3.1**

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 14. September 2015) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Nach Verfügungserlass verfasste ärztliche Berichte können berücksichtigt werden, wenn sie (rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen

Verfügung vorliegenden - gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers nehmen, somit mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

### **E. 3.2**

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

### **E. 3.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 6. IV-Revision nichts geändert. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

### **E. 3.4**

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

### **E. 3.5**

Bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit sind folgende, von der Rechtsprechung entwickelte Grundsätze zu beachten (siehe Urteil BGer 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2 mit Hinweisen):

#### **E. 3.5.1**

Nach der Rechtsprechung führt eine Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Alkohol, Medikamente, Drogen) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE

124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Suchtproblematik ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteile BGer 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1 und 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1; 8C\_582/2015 E. 2.2.1).

### **E. 3.5.2**

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c) ist nicht entscheidend, ob die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Suchtproblematik - einem Symptom gleich - Teil eines Gesundheitsschadens bildet; dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Substanzabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (8C\_582/2015 E. 2.2.2 mit Hinweis auf Urteile BGer 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.2 und 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2).

### **E. 4.1**

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

### **E. 4.2**

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die

Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

#### **E. 4.3**

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

#### **E. 4.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b, 122 V 160 E. 1c, 123 V 178 E. 3.4 sowie Ueli Kieser,

ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, Art. 43 Rz. 35).

### **E. 5.1**

Im vorliegenden Verfahren ist streitig, ob der Beschwerdeführer aufgrund seiner multiplen Beschwerden Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hat. Im Vordergrund stehen dabei der langjährige Missbrauch von psychotropen Substanzen und seine Folgen.

#### **E. 5.2.1**

Die Vorakten enthalten nur verhältnismässig wenige fachärztliche Berichte. Aktenkundig sind ein Konsiliarbericht von Dr. D.a. \_\_\_\_\_, Chirurgie/Proktologie, vom 16. Februar 2012, in welchem die Ärztin Hämorrhoiden 1. Grades diagnostiziert und als Therapie eine Sklerosierungsbehandlung vorschlägt (B-act. 1 Beilage 8). In zwei ärztlichen Verordnungen von Februar und März 2012 wird eine Mykose an Füßen und Fussnägeln festgehalten (IV 42, 44). Dr. D.b. \_\_\_\_\_, Augenarzt, diagnostiziert in seinem Bericht vom 3. Mai 2012 eine Hyperopie (Weitsichtigkeit) beidseits, einen Astigmatismus (Hornhautverkrümmung) beidseits, eine Presbyopie (Alterssichtigkeit) beidseits, eine (fachfremde) paranoide Schizophrenie, eine Maculadegeneration (Netzhauterkrankung) beidseits sowie eine partielle traumatische Optikusatrophy (degenerative Erkrankung des Sehnervs) links. Die Minderung der Sehschärfe habe eine Einschränkung von 10% zur Folge, die Gesichtsfeldeinschränkung eine solche von zusätzlichen 10% (IV 62). Dr. D.c. \_\_\_\_\_, Neurologie, hält in seinem Bericht vom 16. November 2012 fest, das Elektroenzephalogramm (EEG) habe keine pathologischen Verlangsamungen oder epilepsie-typischen Potenziale ergeben; es liege eine Narkolepsie (übermässige Tagesschläfrigkeit) vor (IV 16). In seinem Bescheid vom 19. April 2013 stellt das Landratsamt Y. \_\_\_\_\_ eine Schwerbehinderteneigenschaft, Grad der Behinderung: 70, fest (27.1; B-act. 1 Beilage 7). Als die Schwerbehinderteneigenschaft begründende Funktionsbeeinträchtigung werden genannt: Seelische Störung, Sehminderung beidseitig, Gesichtsfeldeinengung, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Wirbelsäulenverformung, Funktionsbehinderung beider Handgelenke, chronische Bronchitis, chronisches Ekzem, Funktionsbehinderung beider Kniegelenke bei degenerativen Gelenksveränderungen, Schwerhörigkeit beidseitig mit Ohrgeräuschen. In einem Attest vom 31. Mai 2013 hält Dr. D.d. \_\_\_\_\_, Allgemeinmedizin, fest, er verordne dem Patienten Bettruhe wegen eines chronischen Wirbelsäulensyndroms und einer Sprunggelenksverletzung rechts (IV 45). Aktenkundig ist weiter eine ärztliche Verordnung für die Behandlung der Fussnägel vom 26. Juli 2013 (IV 41). Einer Aktennotiz des Jobcenters Landkreis Z. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2013 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer eine Schwerbehinderung (Grad der E.: 50%) wegen Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparats sowie einer Sehbehinderung aufweise (IV 15). Dr. D.c. \_\_\_\_\_, Neurologie, attestiert in seinem Kurzbericht vom 9. Dezember 2013 eine Narkolepsie und verschreibt Modafinil (Stimulantia).

#### **E. 5.2.2**

In seinem Gutachten vom 7. Januar 2014 hält Dr. D.e. \_\_\_\_\_ der Bundes-agentur für Arbeit folgende Diagnosen fest: Polytoxikomanie - aktuell fortbestehender Gebrauch von Cannabinoiden ([Codierung nach ICD-10] F19.2: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom), dringender Verdacht auf schizotype Störung (F21V), anamnestisch ADHS (F90.0: einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung),

anamnestisch Narkolepsie (G47.4), Verdacht auf Makuladegeneration (H35.3V: Degeneration der Makula und des hinteren Poles), chronische Lumbalgien (M54.5: Kreuzschmerz). Anamnestisch seien bekannt eine Polytoxikomanie seit frühen Jahren, gewisse Wahrnehmungs- und Denkstörungen. Der Versicherte leide seit über 20 Jahren an belastungsabhängigen Lumbalgien. 1986 habe er bei einem Überfall in X.\_\_\_\_\_ ein Schädel-Hirn-Trauma und eine schwere Prellung der Halswirbelsäule (HWS) erlitten, in den 90-er Jahren eine distale Unterschenkelfraktur rechts. Inzwischen sei eine Sprunggelenksarthrose und gewisse Bandinstabilität feststellbar. 2005 habe der Versicherte wahnhaftige Ideen entwickelt, die psychiatrisch behandelt worden seien. Im September 2005 habe er sich bei einem Sturz eine distale Radiusfraktur (handgelenksnaher Bruch der Speiche) rechts zugezogen, mit Restbeschwerden; seit wenigen Jahren bestünden belastungsabhängige Kniebeschwerden beidseits, seit 2012 eine Chondropathie (Knorpelschaden) sowie ein Patella-Spitzensyndrom (chronische Schmerzen am unteren Pol der Kniescheibe) links. Der Versicherte sei mehrfach wegen Drogen (Kokain, Heroin) inhaftiert worden. Es lägen zudem ein ADHS, Ohrgeräusche, eine Makuladegeneration sowie eine Narkolepsie vor. Aufgrund der psychophysischen Minderbelastbarkeit, der Suchtmittelproblematik mit Aufmerksamkeitsstörung, Narkolepsie, der psychischen und Verhaltensstörungen bei multiplem Substanzgebrauch sowie den belastungsabhängigen Rücken-, Knie- und Sprunggelenksbeschwerden liege eine schwerwiegende Leistungseinschränkung vor; der Versicherte sei unter 3 Stunden täglich arbeitsfähig (IV 14).

### **E. 5.2.3**

Dem Austrittsbericht von Dr. D.f.\_\_\_\_\_ der Psychiatrie-Dienste E.\_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2014 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 5. bis 14. Oktober 2014, nach vorgängiger Verlegung aus dem Landesspital W.\_\_\_\_\_ in V.\_\_\_\_\_, wegen bizarr-psychotischem Verhalten sowie Vergiftungs- und Verfolgungswahn stationär behandelt und eine residuale Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach multiplem Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19.7) diagnostiziert worden sei. Der Beschwerdeführer sei gestärkt aus der Behandlung entlassen worden nach Deutschland, wo eine seit langem geplante Konsultation bei einem Orthopäden anstehe (IV 54 und 61).

### **E. 5.2.4**

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Bescheid des Landratsamtes Z.\_\_\_\_\_ betreffend Neufeststellung des Grades der Behinderung vom 15. April 2015 zu den Akten. Eine höhere Bewertung des Grades der Behinderung wurde darin verneint; als relevante Funktionsbeeinträchtigungen nannte das Amt: Seelische Störung, Hirnschädigung, Verhaltensstörungen, Narkolepsie, Abhängigkeitserkrankung; degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Wirbelsäulenverformung; Sehminderung beidseits, Gesichtsfeldeinengung; Funktionsbehinderung beider Kniegelenke bei degenerativen Gelenkveränderungen, Funktionsstörung durch beidseitige Fussfehlform; chronisches Ekzem; chronische Bronchitis; Schwerhörigkeit beidseitig mit Ohrgeräuschen; Funktionsbehinderung beider Handgelenke, Knorpelschaden der Hüftgelenke; Polyneuropathie (IV 38).

### **E. 5.2.5**

Im Beschwerdeverfahren wurden bereits aktenkundige Berichte sowie verschiedene Arztrezepte aus dem Zeitraum 2012 bis 2014 eingereicht (B-act. 1), die keine verlässlichen Schlüsse auf die gesundheitliche Situation zulassen. Mit Eingabe des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege reichte der Beschwerdeführer ergänzend ein Arztrezept von Dr. D.g.\_\_\_\_\_, Orthopädie, vom 9. Oktober 2015 zu den Akten, in welchem die Diagnosen rezidivierendes ligamentäres LWS-Syndrom, Varicosis beider Beine sowie Chondropathia patellae beidseits gestellt werden (B-act 4; B-act. 15 Beilage 2).

### **E. 5.3**

In seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2015 hielt Dr. D.h.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz als Hauptdiagnosen einen Status nach Polytoxikomanie, aktuell unter Cannabis-Einfluss, sowie einen Verdacht auf schizoide Persönlichkeitsstörung fest. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine anamnestisch festgehaltene Narkolepsie, ein anamnestisches ADHS, chronische Lumbalgien sowie einen Verdacht auf Maculadegeneration. Bei der Untersuchung durch Dr. D.e.\_\_\_\_\_ der Bundesagentur für Arbeit sei ein positiver Cannabis-Blutspiegel festgehalten worden. Dies relativiere die Befunde und anamnestischen Angaben. Bezüglich der Narkolepsie lägen keine klaren Befunde vor. Die psychiatrischen Diagnosen seien von einem Facharzt für Innere Medizin erhoben worden. Einzig gesichert seien der aktuelle Cannabis-Gebrauch und ein offensichtlich abnormes soziales Verhalten. Suchtkrankheiten begründeten bekanntlich keine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit. Solange der Beschwerdeführer unter der Einnahme von Suchtsubstanzen stehe, sei eine stichhaltige Diagnostik und Beurteilung einer rentenrelevanten Erkrankung nicht möglich. Dem Beschwerdeführer sei eine Entzugsbehandlung für eine schlüssige ärztliche Beurteilung der Gesundheitssituation und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zumutbar (IV 35). In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 4. September 2015 hielt Dr. D.h.\_\_\_\_\_ fest, die neu eingereichten Schreiben (IV 41-46, 54, 61 f. [vgl. IV 63]) belegten die bisher bekannte Gesundheitssituation, zudem bestätige der Beschwerdeführer selber seine Toxikomanie ("meine Vorliebe zum hallozinogenen multiplen Substanzgebrauch"). Seine Stellungnahme vom 20. Juni 2015 gelte somit weiterhin, insbesondere sein fettgedruckter Hinweis (betreffend die zumutbare Entzugsbehandlung; IV 64). Am 23. Oktober 2015 nahm Dr. D.i.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie & Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IV-Stelle, im Rahmen des Beschwerdeverfahrens ergänzend Stellung (B-act. 8 Beilage 2). Sie führte darin aus, dass der Beschwerdeführer seine Ausbildung als Elektrotechniker 1976 nicht abgeschlossen habe. Danach seien bis 2009 keine Nachweise für eine Arbeit vorhanden; von 2009 bis zum 14. April 2013 habe Arbeitslosigkeit vorgelegen. Durch ein Augenleiden (Sehschwäche bei nicht angepasster Sehkorrektur und Maculadegeneration) sei in Deutschland eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10% bis maximal 20% vermerkt worden. Ein Bericht vom 14. Februar 2012 erwähne Hämorrhoiden ersten Grades, derjenige vom 12. Juli 2012 sei ein Rezept für ein Antirheumatikum. Aus diesen Berichten ergäben sich keine Hinweise auf eine Arbeitsunfähigkeit. Der Bericht vom 16. November 2012 lasse keine Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit zu, da in erster Linie kurze anamnestische Angaben wiederholt würden und die für eine Narkolepsie typischen Befunde und Symptome nicht enthalten seien. Die belegte Reisetätigkeit spreche zudem gegen eine Narkolepsie. Im Gutachten von Dr. D.e.\_\_\_\_\_ vom 7. Januar 2014 werde ein Abhängigkeitssyndrom von multiplen psychotropen Substanzen diagnostiziert. Die genannten Symptome wie Logorrhoe, sprunghafter Gedankengang, Ablenkbarkeit, Perseveration und Mimik könnten auch durch

psychotrope Substanzen bedingt sein. Das erwähnte ADHS bewirke per se keine Arbeitsunfähigkeit. Die attestierte schizotype Störung könne weder aus dem Gutachten noch aus dem Bericht Psychiatrie vom 15. Oktober 2014 abgeleitet werden. Seine anamnestisch genannten Hobbies Reisen, Wandern und Schachspielen sprächen gegen eine relevante Einschränkung der Sehfähigkeit und der geistigen Fähigkeiten. Die vom Beschwerdeführer geklagte Gehbehinderung lasse sich im Gutachten nicht nachweisen. Er zeige ein zielgerichtetes Verhalten beim Eintreiben von Geld, was für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis untypisch sei. Es gebe in den Berichten keine Hinweise auf einen hirnorganisch bedingten irreversiblen Schaden. Verhaltensstörungen besserten sich bei langjähriger Sucht meist erst nach sechsmonatiger Abstinenz. Eine Neubeurteilung sei deshalb nur möglich nach sechsmonatigem stationärem Entzug, gesicherter Abstinenz und psychiatrischer Beurteilung. Dieses Vorgehen sei zumutbar. Angaben zur Persönlichkeitsstörung seien so kaum verwertbar, zu einer vernünftigen Fremdanamnese werde man kaum kommen. Weitere medizinische Abklärungen erübrigten sich, da die Kooperationsbereitschaft des Beschwerdeführers nicht gegeben sei und Vorakten fehlten, die eine schwere psychische Erkrankung nebst der Polytoxikomanie belegten.

#### **E. 5.4.1**

Wie in E. 3.5 festgehalten wurde, führen die Folgen der regelmässigen Einnahme psychotroper Substanzen nach schweizerischer Rechtsprechung nicht zur Zuerkennung von Leistungen der Invalidenversicherung. Der Beschwerdeführer nimmt aktenkundig und unbestritten seit vielen Jahren psychotrope Substanzen ein, früher Cocain und Heroin, heute Cannabinoide (IV 14 S. 4). Wie Dr. D.e. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 7. Januar 2014 mit entsprechender Codierung nach ICD-10 vermerkt hat, liegen beim Beschwerdeführer psychische und Verhaltensstörungen als Folge multiplen Substanzgebrauchs vor (IV 14 S. 3). Die Ärzte des medizinischen Dienstes haben jedoch zur Frage, ob die attestierten "psychischen und Verhaltensstörungen bei multiplem Substanzgebrauch" (IV 14 S. 4) eigenständigen Krankheitswert haben, nicht explizit Stellung genommen.

#### **E. 5.4.2**

Dr. D.h. \_\_\_\_\_ hielt in seiner ausführlichen Beurteilung vom 20. Juni 2015 einleitend fest, die vorliegenden medizinischen Dokumente eines Internisten und Neurologen enthielten und erlaubten diesen und damit dem medizinischen Dienst hauptsächlich Verdachtsdiagnosen. Einzig gesichert seien der aktuelle Cannabisgebrauch und das offensichtlich abnorme soziale Verhalten. [...] Bekanntlich begründe die einzig gesicherte Diagnose einer Suchtkrankheit keine relevante Arbeitsunfähigkeit (IV 35 S. 2). Verdachtsdiagnosen ohne klaren Nachweis bzw. spätere Bestätigung der Diagnose sind zwar nicht per se geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen; zudem bleibt vorliegend unklar, inwieweit die festgehaltenen Probleme aus dem psychiatrischen Formenkreis direkt auf die regelmässige Einnahme von Cannabinoiden zurückzuführen sind. Auf letztere Schwierigkeit in der ärztlichen Beurteilung hat der medizinische Dienst in seinen Stellungnahmen vom 20. Juni und 4. September 2015 unter sinngemäsem Hinweis auf die Mitwirkungspflicht des Beschwerdeführers (Art. 21 Abs. 4 ATSG, Art 43 ATSG) zurecht hingewiesen. Andererseits hat das Eidgenössische Versicherungsgericht mit Urteil I 720/99 vom 16. Februar 2001 Folgendes festgehalten: So ist nicht klar, ob die Arbeitsunfähigkeit durch eine vom Drogengeschehen unabhängige psychische Grundkrankheit verursacht worden ist oder nicht. Klarheit verschaffen auch die Stellungnahmen der IV-Ärzte nicht, wonach eine psychische Grundkrankheit auf Grund des beruflichen Werdegangs des

Beschwerdeführers auszuschliessen und ein Drogenentzug einschliesslich Psychotherapie als zumutbar zu erachten sei mit der Begründung, der Beschwerdeführer sei ohnehin "nicht aussagefähig zu begutachten, wenn er unter einem derartigen Cocktail zentralnervös wirksamer Substanzen" stünde [...]. Dies hat auch vorliegend zu gelten: Zum einen enthalten verschiedene Akten Hinweise darauf, dass eine eigenständige Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis vorliegt (Gutachten von Dr. D.e.\_\_\_\_\_: "dringender Verdacht auf schizotype Störung" [IV 14 S. 3], "Aufgrund krankheitsbedingter Denk- und Wahrnehmungsstörungen ist eine Kommunikation erschwert" [IV 14 S. 5]; Austrittsbericht von Dr. D.f.\_\_\_\_\_, der Psychiatrie-Dienste E.\_\_\_\_\_, in U.\_\_\_\_\_, vom 15. Oktober 2014 [IV 54, 61], in welchem nach stationärer Behandlung vom 5. bis 14. Oktober 2014 als vorläufige Diagnose eine "residuale Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach multiplem Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen" festgehalten und ausgeführt wird, dass der Versicherte durch bizarr-psychotisches Verhalten, mit Vergiftungs- und Verfolgungswahn, aufgefallen sei). Zum andern wurde in den fachspezifischen Beurteilungen keine explizite und detaillierte Prüfung vorgenommen, ob eine eigenständige psychische Erkrankung vorliegt oder dem zu beurteilenden Krankheitsgeschehen eine psychische Erkrankung ursächlich zugrunde liegt bzw. eine solche Prüfung unter expliziter Bezugnahme auf deren Unmöglichkeit infolge Substanzgebrauchs ausgeschlossen. Der Sachverhalt erweist sich aus der Optik der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum als ungenügend geklärt.

#### **E. 5.4.3**

Den Stellungnahmen des medizinischen Dienstes ist zudem nicht zu entnehmen, weshalb die Narkolepsie, die chronischen Lumbalgien sowie die Maculadegeneration keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. In seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2015 hielt Dr. D.h.\_\_\_\_\_, in Übernahme der Beurteilung von Dr. D.e.\_\_\_\_\_, einem Facharzt für Innere Medizin, die Maculadegeneration einzig als Verdachtsdiagnose fest. Aktenkundig ist jedoch, dass Dr. D.b.\_\_\_\_\_, Augenarzt, am 3. Mai 2012 unter anderem eine Maculadegeneration beidseits diagnostizierte und hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit eine zusätzliche Einschränkung von 10% wegen Gesichtsfeldeinschränkung festhielt (IV 62). Auch das Jobcenter Landkreis Z.\_\_\_\_\_, hielt in seiner Aktennotiz vom 28. November 2013 fest, dass unter anderem eine Sehbehinderung vorliege, die (zusammen mit anderen Diagnosen) einen Grad der Erwerbsunfähigkeit (GdE) von 50% bedinge (IV 15). Die Diagnose kann deshalb als gesichert gelten, womit eine differenziertere Beurteilung durch den medizinischen Dienst hätte erfolgen müssen. Im Weiteren ist der Beschwerdeführer seit Jahren wegen Rückenproblemen in fachärztlicher Behandlung. Im Gutachten von Dr. D.e.\_\_\_\_\_, werden chronische Lumbalgien diagnostiziert (anamnestisch wird ein 1984 erlittener Bandscheibenvorfall erwähnt [IV 14 S. 1]; auch im Bescheid des Landratsamts Y.\_\_\_\_\_, vom 19. April 2013 wird als Funktionseinschränkung ein "Bandscheibenschaden" genannt [IV 27 S. 1]), die in der sozialmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt sind (IV 14). Weshalb diese Beschwerden keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben, wird nicht näher erörtert. Ähnliches gilt für die von Dr. D.c.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, im November 2012 und Dezember 2013 diagnostizierte Narkolepsie (IV 16, 18). Die krankhafte und medikamentös behandelte Tagesschläfrigkeit erscheint durchaus relevant in Bezug auf die Frage, ob eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Erkrankung vorliege. Diesbezüglich vermag die Begründung des medizinischen Dienstes, ADHS und Narkolepsie schliessen sich gegenseitig aus, und die namhafte Reisetätigkeit des Beschwerdeführers spreche gegen eine

relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge Narkolepsie, nicht zu überzeugen, zumal sie auf Annahmen basiert und keine spezifische Beurteilung erfolgte.

#### **E. 5.4.4**

Bleibt festzuhalten, dass die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes hauptsächlich auf die Beurteilung der Polytoxikomanie ausgerichtet waren und verschiedene Diagnosen oder Erkrankungen ohne weitere Erklärung unberücksichtigt blieben. So hielt das Landratsamt Y.\_\_\_\_\_ in einem ersten Bescheid vom 19. April 2013, der auf eine Schwerbehinderteneigenschaft (Grad der Behinderung: 70) schliesst, folgende Funktionsbeeinträchtigungen fest: seelische Störung, Sehinderung beidseitig, Gesichtsfeldeinengung, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Wirbelsäulenverformung, Funktionsbehinderung beider Handgelenke, chronische Bronchitis, chronisches Ekzem, Funktionsbehinderung beider Kniegelenke bei degenerativen Gelenksveränderungen, sowie Schwerhörigkeit beidseitig mit Ohrgeräuschen (IV 27 S. 1). Ein weiterer Entscheid desselben Amtes vom 15. April 2015 nennt zusätzlich folgende Funktionsbeeinträchtigungen: Hirnschädigung, Verhaltensstörung, Narkolepsie, Abhängigkeitserkrankung, Funktionsstörung durch beidseitige Fussfehlform, Knorpelschaden der Hüftgelenke sowie Polyneuropathie (IV 38 S. 2). In diesen Aufzählungen finden beispielsweise die Hirnschädigung, die Funktionsbehinderung beider Handgelenke sowie beider Kniegelenke, die chronische Bronchitis, die Polyneuropathie sowie die Schwerhörigkeit beidseitig keinen Niederschlag in der Beurteilung durch den medizinischen Dienst. Auch die in den Akten erwähnte Sprunggelenksverletzung bzw. -arthrose (IV 45, 14) findet keine Erwähnung und fehlt deshalb in einer gesamtheitlichen Würdigung der Krankheitsbilder. Schliesslich fehlt eine interdisziplinäre Würdigung der multiplen gesundheitlichen Beschwerden (vgl. Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2).

#### **E. 5.5**

Die Beurteilung der gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers erweist sich damit als ungenügend und unvollständig. Die Sache ist deshalb - über den in der Replik gestellten Antrag auf Begutachtung durch einen Facharzt der Psychiatrie der Universität T.\_\_\_\_\_ (Deutschland) oder S.\_\_\_\_\_ (Schweiz; s. B-act. 17) hinaus - zu weiteren Abklärungen (unter Wahrung der in BGE 137 V 210 festgehaltenen Mitwirkungsrechte) und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Aufgrund der Aktenlage erweist sich die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung in der Schweiz, mindestens in den Fachbereichen Psychiatrie, Innere Medizin, Orthopädie, Otorhinolaryngologie und Augenheilkunde (vgl. zur Wahl der Fachrichtungen: BGE 139 V 349 E. 3.3), als erforderlich. Zuvor ist der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht - d.h. der vorübergehenden oder dauernden Kürzung oder Einstellung der Leistungen gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG - zur Durchführung eines ärztlich begleiteten Drogenentzugs aufzufordern (vgl. Urteile des BVGer C-5905/2009 vom 7. Juli 2011 E. 6; C-2922/2008 vom 14. Juni 2010 E. 5). Da vorliegend erstmalig eingehende polydisziplinäre Abklärungen zu treffen sind und die Sachverhaltsabklärung in erster Linie auf der Stufe des Administrativverfahrens zu erfolgen hat (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG), spricht die bundesgerichtliche Praxis nicht gegen eine Begutachtung des Beschwerdeführers in einer Medizinischen Abklärungsstelle (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

## **E. 6**

Die Beschwerde ist damit gutzuheissen, soweit als die Sache im Sinne der Erwägung 5.5 zu weiteren Abklärungen in medizinischer Hinsicht und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

## **E. 7**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 7.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 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 dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und erweist sich das mit Zwischenverfügung vom 13. Juni 2017 gutgeheissene Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 7.2**

Die ganz oder teilweise obsiegende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE). Der Beschwerdeführer hat keine Kostennote eingereicht. In Berücksichtigung des als notwendig zu erachtenden Aufwands (Anzeige des Vertretungsmandats [erst] am 6. November 2015 [B-act. 9], nachfolgende jeweils kurz verfasste Eingaben) ist ihm eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 1'000.- (inkl. Auslagen) auszurichten, womit sich auch diesbezüglich die Gutheissung des Gesuchs um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos erweist. Die unterliegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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