

BVGer C-6305/2013 vom 15. Dezember 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-12-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6305_2013

FR: TAF C-6305/2013 du 15 décembre 2015

IT: TAF C-6305/2013 del 15 dicembre 2015

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Verfügungen der IVSTA unterliegen der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht (Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]; Art. 31 ff. VGG). Als Adressat der hier umstrittenen Verfügung ist der Beschwerdeführer zur Anfechtung legitimiert (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Seine Rechtsmitteleingabe erfolgte rechtzeitig und formgerecht (vgl. Art. 60 i.V.m. Art. 38 ATSG, Art. 52 VwVG). Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG). Es ist nicht an die Begründung der Begehren gebunden und kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Art. 62 Abs. 4 VwVG).

E. 2.2

Das vorliegende Verfahren richtet sich nach dem VwVG, soweit nicht das VGG etwas anderes bestimmt oder Bestimmungen des IVG bzw. des ATSG anwendbar sind (vgl. Art. 37 VGG; Art. 3 Bst. dbis VwVG; Art. 1 Abs. 1 IVG). Dabei finden grundsätzlich die im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung geltenden Verfahrensvorschriften Anwendung (vgl. BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz 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. 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), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVer C-269/2014 vom 13. Januar 2015 E. 3.1 m.H.). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 11 E. 1). 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 E. 1.2.1). Im vorliegenden Verfahren finden grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 30. September 2013 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG in Kraft ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [5. IV-Revision; AS 2007 5129] und ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision; AS 2011 5659] mit den entsprechenden Fassungen der IVV [AS 1992 1251, 2003 3859, 2007 5155, 2011 5679]). Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 30. September 2013) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen grundsätzlich Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BVer 9C_803/2009 vom 25. März 2010 E. 5).

E. 4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. E. 6.1 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität - so Art. 36 Abs. 1 IVG - während mindestens drei (vollen) Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet hat (vgl. Meyer/ Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Auflage 2014, Art. 36 N 3). Letztgenannte Voraussetzung ist im Falle des Beschwerdeführers zweifelsohne erfüllt (vgl. Sachverhalt A).

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG); sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine

Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nicht gleichbedeutend ist der Begriff der Arbeitsunfähigkeit, definiert als 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 allerdings auch die Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabebereich als zumutbar erachtet (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Anspruch auf eine Rente haben jene Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 ATSG (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

E. 5.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Viertelsrenten werden grundsätzlich nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Eine Ausnahme gilt für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Union, denen bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union Wohnsitz haben (vgl. Urteil des BVGer B 3253/2012 vom 4. Juni 2014 E. 4.2.2.; BGE 130 V 253 E. 2.3 m.H.).

E. 6.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung bzw. im Falle einer Beschwerde das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe dieser Fachpersonen ist es, den Gesundheitszustand und den daraus resultierenden Umfang sowie die Art der verbleibenden Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Die entsprechenden Auskünfte dienen zudem als Grundlage für die Beurteilung der (noch) zumutbaren Arbeitsleistungen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 m.H.). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurde, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 sowie BGE 125 V 351 E. 3 je m.H.). Geht es bei derartigen Beurteilungen um die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit, so wird eine fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem vorausgesetzt.

E. 6.2

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache

allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin 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. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV [Kranken- und Unfallversicherung: Rechtsprechung und Verwaltungspraxis, herausgegeben vom BSV] 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

E. 6.3

Alkoholismus wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit begründen für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr werden sie invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens sind, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des BGer 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1). Dabei ist das ganze für die Sucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteile des EVG I 758/01 vom 5. November 2002 E. 3.2, und I 390/01 vom 19. Juni 2002 E. 2b). Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt (Urteil des BGer 8C_906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2 m.H.); es genügt nicht, wenn es sich nur um eine ganz untergeordnete Teilursache handelt (nicht veröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts I 130/93 vom 29. August 1994). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt (BGE 99 V 28 f. E. 2; Urteil des EVG I 940/05 vom 10. März 2006 E. 2.2; erwähntes Urteil I 758/01 E. 3.1). Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen. Um diese Frage beantworten zu können, sind Verwaltung und Gericht auf möglichst detaillierte medizinische Auskünfte über die Verhältnisse zur Zeit der Entstehung der Alkoholsucht auf der einen und der allfälligen psychiatrischen Komorbidität auf der andern Seite sowie über den allfälligen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten angewiesen (vgl. zur Bedeutung medizinischer Auskünfte zur Bestimmung der Invalidität BGE 115 V 133 E. 2; BGE 124 V 265 E. 3c m.H., 99 V 28 E. 2; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 E. 2b; AHI 2002 S. 30 E. 2a, 2001 S. 228 f. E. 2b mit Hinweisen; Urteile des EVG I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2 und 4.2 m.H. und des BGer 8C_672/2010 vom 27. September 2010 E. 2).

E. 6.4

Invalidisierenden Charakter haben psychische und psychosomatische Leiden allerdings nur dann, wenn sie aus objektiver Sicht als unüberwindbar scheinen. In einem Leitentscheid aus

dem Jahr 2004 hatte das Bundesgericht festgehalten, dass neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Abwegigkeiten mit Krankheitswert eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken vermögen (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.1). Gemäss diesem Urteil und nachfolgenden Entscheiden galt aber grundsätzlich die (widerlegbare) Vermutung, dass somatoforme und vergleichbare psychosomatische Leiden mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar seien. Diese, die grundsätzliche Vermutung betreffende Praxis hat das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 aufgegeben. Es hat allerdings betont, dass nach wie vor eine invalidisierende Erwerbsunfähigkeit nur dann vorliegen kann, wenn sie aus objektiver Sicht als unüberwindbar scheint; hierfür trage die versicherte Person wie bisher die Beweislast (vgl. zitierter BGE 141 V 281 E. 3.7; Urteil des BVGer C-2261/2013 vom 25. September 2015 E. 7.2).

E. 7

7.1 Mit seiner Rechtsmitteleingabe beanstandet der Beschwerdeführer zunächst, in Deutschland sei bei ihm ein Behinderungsgrad von 40 % festgestellt worden. Die Behörden in der Schweiz würden jedoch einen Invaliditätsgrad von nur 20 % anerkennen.

E. 7.2

Wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung richtig festgehalten hat, kann der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass das Versorgungsamt einen Grad der Behinderung (GdB) von 40 % anerkannt hat, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die Bezeichnungen "Grad der Behinderung" in Deutschland und "Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit" in der Schweiz sind nicht vergleichbar. Der GdB gemäss den Bestimmungen im Sinne des IX. SGB (bzw. gemäss dem deutschen Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft vom 26. August 1986 [BGBl I S. 1421, 1550; SchwbG] als dessen Rechtsvorgänger) ist - im Gegensatz zum Invaliditätsgrad in der schweizerischen Invalidenversicherung, der sich, wie erwähnt, aus der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit und der damit einhergehenden finanziellen Erwerbseinbusse herleitet - nicht oder nur sehr bedingt ein wirtschaftlicher Begriff (vgl. Urteil des BVGer C-7767/2007 vom 11. Dezember 2009 E. 6.6 m.H.).

E. 7.3

Des Weiteren bringt der Beschwerdeführer vor, er habe seine Tätigkeit in der Sondermüllverbrennungsanlage nur ausüben können, weil er starke Antidepressiva (Aponal 100) und ein starkes Schmerzmittel (Valoron) eingenommen habe, da seine Depressionen immer stärker geworden seien. Seine Depressionen seien bei der Beurteilung nicht berücksichtigt worden. Und den Beweis dafür könne er nicht erbringen, weil ihm diese Feststellung durch einen Neurologen in der Schweiz verweigert werde.

E. 7.4

Demzufolge stellt sich für das vorliegende Verfahren die Frage, ob das Gutachten der ärztlichen Untersuchungsstelle Z. _____ von B. _____ vom 7. Januar 2013 hinreichenden Beweiswert hat und von der beauftragten Ärztin Dr. med. E. _____ der Vorinstanz zutreffend gewürdigt wurde.

E. 8

Die Vorinstanz hat ihrer Prüfung das ärztliche Gutachten von B. _____ (IV-act 15 S. 8) zugrunde gelegt: Dieses nennt folgende Diagnosen: - Polytoxikomanie (Valoron, Methadon, Alkohol; ICD-10: F 19.2) - Depressive Störung, derzeit in Remission (ICD-10:

F 33.4) - Rezidivierendes LWS-Syndrom ohne funktionelles und neurologisches Defizit (ICD-10: M 54.16) - Medikamentös eingestellte arterielle Hypertonie (ICD-10: I 10.90) - Bekannte Gicht, klinisch derzeit erscheinungsfrei (ICD-10: M 10.99) Epikrise: Die psychischen Probleme hätten sich seit Jahrzehnten entwickelt. Als 19-jähriger habe er im Zusammenhang mit Beziehungsproblemen in der Paarbeziehung bereits einen Suizidversuch unternommen, weswegen er seinerzeit in der Psychiatrischen Klinik F._____ behandelt worden sei (Dokumente hierzu würden keine vorliegen). Die Entlassung sei ohne eine psychopharmakologische Therapie erfolgt. Im Zusammenhang mit Rückenbeschwerden habe im Jahr 1981 ein chronischer Missbrauch von Valoron begonnen, der bis zum heutigen Tag anhalte. Eine siebenwöchige Entwöhnungsbehandlung von Juli bis August 2000 in der Uniklinik H._____ habe zu keinem Erfolg geführt (Dokumente würden keine vorliegen). Zwischenzeitlich habe er zusätzlich Methadon genommen und zusätzlich Stimmungsschwankungen mit übermäßigem Alkohol, Schmerzmitteln und Aponal ausgeglichen. In kontinuierlicher ambulanter psychiatrischer Behandlung habe er sich im Zeitraum von 1985 bis 2003 sowie nach einem Arztwechsel ab 2003 bis 2010 (I._____) befunden. Seither finde keine kontinuierliche psychiatrische Behandlung statt. Notwendige Medikamente erhalte er vom Hausarzt und Valoron erhalte er bei Dr. J._____ in K._____. Aus den Schilderungen und der Befunderhebung ergebe sich im Rahmen der Untersuchung das Bild einer polytoxikomanen, stimmungslabilen Person, die zum Untersuchungszeitpunkt ihre Situation recht vital dargestellt habe und die doch noch erhebliche private Aktivitäten entfalte (er lebe im eigenen Haus, pflege einen Garten, versorge sich umfassend selbst, strukturierter Tagesablauf). Eine wesentliche Veränderung im Sinne einer erheblichen depressiven Symptomatik sei aktuell insgesamt nicht festzustellen. Die beklagten Beschwerden der Lendenwirbelsäule würden seit Jahrzehnten bestehen. Ein funktionelles oder neurologisches Defizit habe sich im Rahmen der Untersuchung nicht feststellen lassen. Eine bekannte arterielle Hypertonie sei medikamentös zufriedenstellend eingestellt. Eine Gichtbehandlung sei unter laufender Allopurinolbehandlung derzeit erscheinungsfrei. Bei alimentärer Adipositas und der Alkoholproblematik sei im Ul-traschall eine Fettlebererkrankung festzustellen. Die ergänzend durchgeführte Labordiagnostik habe deutliche erhöhte Leberenzymwerte für GOT, GPT und GGT, bei allerdings normalem CDT-Wert, ergeben. Vor dem Hintergrund der eindeutigen Alkoholproblematik, die im Anamnesegespräch deutlich geworden sei, sei von einem falsch negativen CDT-Befund auszugehen. Die im Anschluss an die Begutachtung nachgeforderten Unterlagen von Herrn Dr. I._____ FA für Psychiatrie, hätten keine neuen Gesichtspunkte ergeben. Von der Uniklinik Freiburg sei zu erfahren gewesen, dass Dokumente über eine längere stationäre Behandlung nicht auffindbar seien. Der Versicherte habe sich einmal in der ambulanten Alkoholsprechstunde eingefunden. Wegen der fortbestehenden Alkoholproblematik sei die Erwerbsfähigkeit prognostisch erheblich gefährdet. Daher werde die Vorstellung in der Psychosozialen Beratungsstelle und eine Langzeitentwöhnungsmassnahme empfohlen. Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung Individuelles positives und negatives Leistungsbild: Gesundheitliche Einschränkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt würden in qualitativer Hinsicht bestehen. Es bestehe ein positives Leistungsbild für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in einem Zeitpunkt über sechs Stunden. Wegen der Wirbelsäulensymptomatik sollten hierbei Tätigkeiten, die mit häufigem Bücken, Ersteigen von Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sowie Zwangshaltungen der Wirbelsäule verbunden seien, vermieden werden. Ausserdem sollten

Tätigkeiten vermieden werden, die mit einer besonderen Nähe zu Alkohol verbunden seien. Die Wegefähigkeit sei gegeben. Betriebsunübliche Pausen seien nicht erforderlich. Vergleich mit letzter beruflicher Tätigkeit: Die letzte berufliche Tätigkeit als Anlagenführer in einer Müllverbrennungsanlage entspreche wegen der leichten körperlichen Arbeitsschwere und der nur geringen psychischen Belastung weiterhin dem Leistungsbild.

9. Die von der Vorinstanz mit einer Stellungnahme beauftragte Ärztin Dr. med. E. _____ hat diesem Auftrag am 17. Mai 2013 wie folgt entsprochen (IV-act. 24): Hauptdiagnose: - Polytoxikomanie (v.a. Valoron, Alkohol) - langjährige depressive Symptomatik, zur Zeit wenig depressiv, Stimmungs labilität Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - keine Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Adipositas - Fettleber - Hypertonie - Hyperuricämie Beurteilung des Falles: Beim 57-jährigen Maurer, der zuletzt als Anlagenführer bei einer Müllverbrennungsanlage gearbeitet habe (PC und leichte Tätigkeiten) bestehe eine Polytoxikomanie, v.a. Alkoholkonsum und Valoronabusus, mit anamnestisch depressiven Verstimmungen, sowie Rückenbeschwerden. In leichter Tätigkeit - wie zuletzt ausgeübt - bestehe eine geringgradige Arbeitsunfähigkeit von ca. höchstens 20% (als Maurer höhergradige Arbeitsunfähigkeit, ca. 70%). Eine Alkoholabstinenz zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit sei zu fordern/zumutbar. Es sei der versicherten Person vernünftigerweise zumutbar, sich einer medizinischen Behandlung, d.h. einem Alkoholentzug, zu unterziehen, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit verspreche.

10.10.1 Nachfolgend ist zu erörtern, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend erhoben worden ist und gestützt auf die vorliegende medizinische Aktenlage die Beeinträchtigung des Beschwerdeführers in seiner Arbeitsfähigkeit bestimmt werden kann, oder ob die Aktenlage antragsgemäss zur Klärung des Leistungsanspruchs zu ergänzen ist.

10.2 Das Dr. med. E. _____ anlässlich ihrer Stellungnahme vorliegende ärztliche Gutachten erlaubt in der Tat keine zuverlässige Beurteilung der vorliegend entscheidewesentlichen und streitigen medizinischen Belange und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die Krankheitsentwicklung (Depression) ist unvollständig und inhaltlich ungenau, insbesondere bezüglich der Schwere und der Anzahl der depressiven Episoden und der Medikation dokumentiert worden. Es ist auch nicht nachvollziehbar, worauf der Gutachter seine Aussagen stützte. So gab er an, die im Anschluss an die Begutachtung nachgeforderten Unterlagen von Herrn Dr. I. _____, Facharzt für Psychiatrie, hätten keine neuen Gesichtspunkte ergeben. Diese Unterlagen befinden sich nicht in den Akten. Der Beschwerdeführer soll sieben Jahre (2003 bis 2010) bei Dr. I. _____ in psychiatrischer Behandlung gewesen sein, weshalb dessen Ausführungen von Interesse wären (vgl. E. 6.3 in fine). Bezüglich der diagnostizierten Polytoxikomanie kann festgehalten werden, dass Angaben zur Häufigkeit und Menge der Einnahme von Methadon und Schmerzmitteln sowie des Konsums von Alkohol fehlen. Des Weiteren fehlen detaillierte medizinische Auskünfte über die Verhältnisse zur Zeit der Entstehung der Alkoholsucht. Ebenfalls kann weder dem Gutachten noch der IV-ärztlichen Beurteilung entnommen werden, ob die Polytoxikomanie somatische Krankheiten mit allfälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verursacht hat, eventuell ursächlich für die depressive Störung oder selbst Folge dieser Krankheit war. Da einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist und die psychischen und suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen sind (vgl. Urteil des BGer 8C_906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2), ist es unerlässlich, die Frage einer psychischen Begleiterkrankung ergänzend

abzuklären. 10.3 Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass Dr. med. E. _____ ihre Stellungnahme auf ungenügende Abklärungen und Beurteilungen der Ursache(n) des psychischen Leidens des Beschwerdeführers sowie allfälliger Auswirkungen der Polytoxikomanie - insbesondere der Alkoholabhängigkeit - auf dessen Arbeitsfähigkeit abstützte und sie die zur abschliessenden Beurteilung notwendigen Abklärungen ebenfalls nicht vornahm und die in E. 10.2 erwähnten Elemente auch nicht einer Klärung zuführte.

10.4 Zudem gilt es zu beachten, dass der Gutachter B. _____ als Allgemein- und Rettungsmediziner nicht über die für die zuverlässige Beurteilung der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung erforderliche Fachausbildung als Psychiater verfügt. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin rechtsprechungsgemäss ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3).

10.5 Unter diesen Umständen ist festzustellen, dass das von B. _____ erstellte Gutachten keine abschliessende Beurteilung der Entwicklung und des Verlaufs der psychiatrischen Erkrankung, deren Zusammenwirken mit der Suchterkrankung und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zulässt.

11.11.1 Im erstinstanzlichen Beschwerdeverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz. Danach muss das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt feststellen, soweit die der angefochtenen Verfügung zugrunde liegenden Tatsachen nicht vollständig sind oder soweit es darauf nicht abstellen will (vgl. Andreas Traub in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, N 5.144). Gelangt das Gericht aufgrund des bereits vorinstanzlich oder des nachträglich selbst festgestellten Sachverhalts - 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 kann es auf weitere Beweiserhebungen verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Traub, a.a.O. N 5.148). Kommt die Beschwerdeinstanz dagegen im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse insgesamt oder in wesentlichen Teilen noch gutachtlich geklärt werden, so holt sie in der Regel ein Gerichtsgutachten ein; geht es darum, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen, so kann sie die Sache auch an die Vorinstanz zurückweisen (BGE 139 V 99 E. 1.1 m.H.).

11.2 Entgegen der Auffassung der Vorinstanz ist der rechtserhebliche Sachverhalt nicht vollständig abgeklärt worden, indem der Beschwerdeführer bisher nicht interdisziplinär psychiatrisch-internistisch begutachtet wurde. Die ärztliche Stellungnahme wurde von Dr. med. E. _____ (Spezialisierung unbekannt) verfasst, welche sich ausschliesslich auf das Gutachten des Allgemein- und Rettungsmediziners Pfuhl abstützte. Es bestehen in den Akten zahlreiche Indizien, dass eine Suchtproblematik sich im Privat- und Berufsleben schon über längere Zeit erheblich ausgewirkt haben könnte. Bei dieser Sachlage kann ohne aktuelle interdisziplinäre psychiatrisch-internistische Abklärung nicht festgelegt werden, ob der Beschwerdeführer an einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsstörung leidet oder nicht.

11.3 Daher ist es dem Bundesverwaltungsgericht nicht möglich, aufgrund der Akten mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen

medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen (vgl. BGE 139 V 99 E. 1.1 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie unter Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine interdisziplinäre psychiatrisch-internistische Begutachtung zu veranlassen. Anschliessend hat die Vorinstanz neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG). 12.12.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuer Verfügung gilt dabei praxisgemäss als volles Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6.1). Im vorliegenden Verfahren gilt folglich die Vorinstanz als unterliegende Partei. Aufgrund von Art. 63 Abs. 2 VwVG trägt sie jedoch keine Kosten. 12.2 Der Beschwerdeführer, welcher im vorliegenden Verfahren nicht anwaltlich vertreten war, hat keine besonderen⁶ Auslagen geltend gemacht und aus den Akten sind keine solchen ersichtlich. Es ist ihm somit keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 18 und Art. 7 Abs. 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). (Urteilsdispositiv nächste Seite)

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