

BVGer C-7767/2007 vom 11. Dezember 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-12-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7767_2007

FR: TAF C-7767/2007 du 11 décembre 2009

IT: TAF C-7767/2007 del 11 dicembre 2009

Regeste

Invalidenversicherung (IV)

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zuständig für die Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021), sofern kein Ausnahmetatbestand erfüllt ist (Art. 31, 32 des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 [Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 172.32]). Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Die IVSTA ist eine Vorinstanz im Sinn von Art. 33 Bst. d VGG (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG, SR 831.20]). Die angefochtene Verfügung ist als Verfügung im Sinn von Art. 5 VwVG zu qualifizieren, und eine Ausnahme nach Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist daher zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 [ATSG, SR 830.1]). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 60 ATSG). Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 1.4

Gemäss Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Das VwVG findet aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG jedoch keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 2 des ATSG sind die Bestimmungen des ATSG anwendbar, soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze des Bundes dies vorsehen. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a-26bis und 28-70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.5

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Über- bzw. Unterschreitung oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 1.6

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212, vgl. 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

E. 2

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 15. Oktober 2007. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht dem Beschwerdeführer keine Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung zusprach. Der Beschwerdeführer rügt insbesondere, dass ihm eine Invalidenrente entsprechend seinem in Deutschland attestierten GdB von 70% zustehe. Vorab ist zu prüfen, welche materiellen Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren anwendbar sind.

E. 2.1

Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht in der Regel diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2), unter Vorbehalt der spezialgesetzlichen Übergangsbestimmungen. In materiellechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3, BGE 134 V 315 E. 1.2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, so dass vorliegend die folgenden Erlasse anwendbar sind: das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, nachfolgend FZA, SR 0.142.112.681), sein Anhang II, die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (nachfolgend: Verordnung 1408/71; SR 0.831.109.268.1) sowie die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (nachfolgend: Verordnung [EWG] Nr. 574/72; SR 0.831.109.268.11) (vgl. Art. 80a IVG). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Soweit dieses Abkommen, insbesondere dessen Anhang II, der die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit regelt (Art. 8 FZA), und dessen Ausführungserlasse keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, ist mangels einer einschlägigen gemeinschaftsrechtlichen bzw. abkommensrechtlichen Regelung die

Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich Sache der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 253 E. 2.4). Daraus folgt, dass die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers gemäss Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 grundsätzlich nach den für schweizerische Staatsangehörige geltenden Regeln zu beurteilen haben.

E. 3.1

Für die Beurteilung eines Rentenanspruchs sind die Feststellungen des ausländischen Versicherungsträgers, der Ärzte etc. bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996 S. 177 E. 1).

E. 3.2

Die Anmeldung reichte der Beschwerdeführer am 1. Juni 2006 bei der deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg ein (act. 2 Seite 9; eingegangen bei der IVSTA am 5. Juli 2006), weshalb vorliegend die am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bestimmungen des ATSG sowie die zugehörige Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar sind. Nicht anwendbar sind hingegen die Änderungen des ATSG vom 6. Oktober 2006 und der ATSV vom 28. September 2007 (5. IVG-Revision, AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155, in Kraft seit 1. Januar 2008), da der angefochtene Entscheid vor Inkrafttreten der entsprechenden Bestimmungen ergangen ist (vgl. auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich Basel Genf 2009, Art. 82 Rz. 5). Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) sowie zur Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals: Eidgenössisches Versicherungsgericht) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor Inkrafttreten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3). Auch die Normierung des Art. 16 ATSG führt nicht zu einer Modifizierung der bisherigen Judikatur zur Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten, welche weiterhin nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs vorzunehmen ist (zu Art. 28 Abs. 2 IVG in der bis zum 31. Dezember 2002 in Kraft gestandenen Fassung vgl. BGE 128 V 29 E. 1, BGE 104 V 135 E. 2a und b).

E. 3.3

Am 1. Januar 2004 sind die Änderungen des IVG vom 21. März 2003 und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 21. Mai 2003 (SR 831.201; 4. IV-Revision, AS 2003 3837 bzw. AS 2003 3859) in Kraft getreten. Somit sind vorliegend für die Prüfung des geltend gemachten Anspruchs diese Fassungen des IVG und der IVV anwendbar. Die Änderungen des IVG vom 6. Oktober 2006 und der IVV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision, AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155, in Kraft seit 1. Januar 2008) sind hingegen nicht anwendbar, da der angefochtene Entscheid vor Inkrafttreten der entsprechenden Bestimmungen ergangen ist.

E. 3.4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes (ATSG/IVG) ist und beim Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG, in Kraft bis 31. Dezember 2007). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

E. 3.5

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als eines Jahres Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist (Art. 36 Abs. 1 IVG).

E. 3.6

Meldet sich eine versicherte Person mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs an, so werden allfällige Leistungen der Invalidenversicherung lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangegangenen Monate ausgerichtet (Art. 48 Abs. 2 IVG, Fassung vom 6. Oktober 2000, in Kraft vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007). Massgebend ist die Einreichung des Gesuchs beim Versicherungsträger, wobei für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union die Anmeldung beim Versicherungsträger des Wohnlandes massgebend ist (Art. 86 Abs. 1 der Verordnung [EWG] Nr. 1408/71). Vorliegend wurde das Gesuch am 1. Juni 2006 beim deutschen Versicherungsträger eingereicht, weshalb allfällige Leistungen frühestens ab dem Juni 2005 ausgerichtet werden können.

E. 3.7

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind für die Bestimmung des rechtserheblichen Sachverhalts im Beschwerdeverfahren grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung massgebend (hier: 15. Oktober 2007; vgl. BGE 132 V 368 E. 6.1 mit Hinweisen; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, § 74 N 20). Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Entscheidung eingetreten sind, können im vorliegenden Beschwerdeverfahren daher grundsätzlich nicht berücksichtigt werden. Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 121 V 362 E. 1b mit weiteren Hinweisen).

E. 3.8

Vorliegend ist daher zu prüfen, ob zwischen dem Mai 2005 und dem Oktober 2007 ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung entstanden ist.

E. 3.9

Nach Abs. 1 des Art. 28 IVG (in Kraft vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007) hat ein Versicherter Anspruch auf eine Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 40%, auf eine halbe Rente bei einem solchen von 50%, auf eine Drei-Viertel-Rente bei einem Invaliditätsgrad von 60% und auf eine ganze Rente bei einem solchen von 70%. Gemäss Art. 28 Abs. 1ter IVG werden 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. Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt ab 1. Juni 2002 für Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie Angehörige von Mitgliedstaaten der Europäischen Union, welche Anspruch auf Viertelsrenten haben, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union Wohnsitz haben. Nach der Rechtsprechung des Schweizerischen Bundesgerichts stellt Art. 28 Abs. 1ter IVG nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 264 E. 6c).

E. 3.10

Der Rentenanspruch entsteht frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 Prozent bleibend erwerbsunfähig geworden ist (Art. 29 Abs. 1 Bst. a IVG [Fassung vom 6. Oktober 2000, in Kraft vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007]) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig war (Bst. b). Eine bleibende Erwerbsunfähigkeit besteht vorliegend nicht. Es handelt sich nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts vielmehr um ein labiles Krankheitsgeschehen, welches frühestens nach Ablauf der Wartefrist gemäss Art. 29 Abs. 1 Bst. b einen allfälligen Rentenanspruch begründen kann (Urteil des Bundesgerichts I 163/2005 vom 30. Mai 2005, BGE 119 V 98 E. 4a).

E. 4

Nach dem ATSG in Verbindung mit dem IVG ist der Begriff "Invalidität" nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen (BGE 132 V 93 E. 4, BGE 110 V 273 E. 4a, BGE 102 V 165) oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. in der bisherigen Tätigkeit, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Nach Art. 8 ATSG (Fassung vom 6. Oktober 2000, in Kraft vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007) ist die Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Art. 4 IVG führt dazu aus, dass die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann; nach Abs. 2 dieser Norm gilt die Invalidität als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG, Fassung vom 6. Oktober 2000, in Kraft vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.1

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

E. 4.2

Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarkts ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 E. 3b). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI-Praxis 1998 S. 291 E. 3b). Von einer Arbeitsgelegenheit im Sinne von Art. 16 ATSG kann aber dort nicht mehr gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre (SVR 2009 IV Nr. 8, S. 17, E. 3c; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3c, ZAK 1989 S. 322 E. 4).

E. 5.1

Zu bemerken ist, dass aufgrund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ein in seinem bisherigen Tätigkeitsbereich dauernd arbeitsunfähiger Versicherter gehalten ist, innert nützlicher Frist Arbeit in einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (BGE 133 V 504 E. 4, 113 V 22 E. 4a, 111 V 235 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt bzw. am Vertrauensarzt einer IV-Stelle zu entscheiden, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten kann. Diese sogenannte Verweisungstätigkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.), wobei es unerheblich ist, ob er seine Restarbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet oder nicht.

E. 5.2

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen). Zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbeschrieben alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten

ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts [vormals EVG] vom 20. Juli 2000, I 520/99).

E. 5.3

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, 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 versicherten Person noch zugemutet werden können. Es sind demnach nicht nur die Erwerbsmöglichkeiten im angestammten Beruf, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Bei der Bemessung der Invalidität ist auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen der funktionellen Behinderung abzustellen, welche nicht zwingend mit dem vom Arzt festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung übereinstimmen müssen (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b.cc).

E. 5.4

Die Verwaltung und das Gericht haben die medizinischen Unterlagen - wie auch alle anderen Beweismittel - nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung, d. h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel objektiv zu prüfen sind - unabhängig davon, von wem sie stammen - und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, BGE 122 V 157 E. 1c mit Hinweisen; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a). Der erhöhte Beweiswert umfasst allerdings nur medizinische Fragen, zu deren Beantwortung Ärzte im Sozialversicherungsverfahren beigezogen werden, nicht aber weitere Fragen wie z. B. die wirtschaftliche Beurteilung.

E. 6

Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zu bestimmen, sind die folgenden Unterlagen relevant und bildeten Grundlage für die angefochtene Verfügung vom 15. Oktober 2007: Dres. med. C. _____, D. _____, E. _____, alle Kreiskrankenhaus X. _____, Innere Abteilung, verfassten am 11. August 1999 einen Bericht, nachdem der Beschwerdeführer sich stationär vom 5. Juli 1999 bis 22. Juli 1999 im Kreiskrankenhaus X. _____ aufhielt. Die Ärzte diagnostizierten schwere Bulbitis, erosive Antrumgastritis, schwere Corpusgastritis, CLO negativ, Hiatusinsuffizienz. Zustand nach Eradikationstherapie (Juni 1999). Bezüglich der Polytoxikomanie: Methadon-Substitution 15mg/Tag seit 1992, Beikonsum von Tetrahydrocannabinol, Benzodiazepinen und Alkohol,

Zustand nach Hepatitis A, B und C, Portalfibrose der Leber. Initial Myolyse nach Liegetrauma (IVSTA act. 34). Nach einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 16. Dezember 1999 bis 17. Dezember 1999 im St. Elisabethen Krankenhaus in Y. _____ stellten die Dres. med. F. _____ und G. _____ in ihrem Bericht vom 14. Februar 2000 folgende Diagnosen: Suizidversuch mit Methadon, chronisches Schmerzsyndrom mit ungeklärten Abdominalbeschwerden, Heroinabhängigkeit, Methadon-Programm, Grand mal-Anfall unter Hypoxie und bei bekanntem Krampfleiden, Benzodiazepin-Überhang bei Leberfunktionsstörung sowie Zustand nach Hepatitis A, B und C, HIV-anamnestisch negativ (IVSTA act. 36). Im Kreiskrankenhaus Y. _____, Prof. Dr. med. H. _____ und Dres. med. I. _____ und J. _____, wurde am 25. Mai 2005 beim Beschwerdeführer die geplante laparoskopische Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung) durchgeführt. Postoperativ hätten sich keine Komplikationen ergeben. Der Patient habe am 30. Mai 2005 wieder nach Hause entlassen werden können (IVSTA act. 37). Dr. med. K. _____, Ärztliche Untersuchungsstelle der Deutschen Rentenversicherung Z. _____, stellte am 27. September 2006 folgende Diagnosen (Formular E 213, IVSTA act. 46): Polytoxikomanie, Methadonsubstitution seit 1992 von Benzodiazepinen und THC, Hirnorganisches Psychosyndrom nach mehrfacher Kalottenfraktur, epiduralem Hämatom und nach mehreren epileptischen Anfällen, Anämie, reduzierter Kräftezustand bei deutlichem Untergewicht, chronische Hepatitis C mit leichter Leberfibrose (derzeit kein Hinweis auf entzündliche Aktivität), rezidivierende Gastroduodenitis, Zustand nach mehrfacher Schulterverletzung rechts mit operativer Therapie. Das Leistungsvermögen sei insbesondere aufgrund einer erheblichen psychomentalen Minderbelastbarkeit bei ausgeprägtem hirnorganischem Psychosyndrom herabgesetzt. Erneute Entwöhnungsmassnahmen seien aus diesem Grund auch nicht mehr sinnvoll, bzw. erfolgsversprechend. Bei dem Patienten bestehe weiterhin eine verminderte körperliche Belastbarkeit bei erheblichem Untergewicht mit herabgesetztem Kräftezustand. Der Patient könne dauerhaft keine regelmässige Lohnarbeiten von wirtschaftlichem Wert mehr verrichten. Das aufgehobene Leistungsvermögen bestehe zumindest seit dem Zeitpunkt der Rentenantragstellung am 9. Mai 2006. Mit einer Besserung sei nicht zu rechnen. Der Beschwerdeführer sei in folgenden Bereichen eingeschränkt: die Epikrise, keine Bildschirmarbeit, benötige am Arbeitsplatz die Hilfe einer anderen Person und zu Hause könne er nur leichte Alltagsarbeiten ohne die Hilfe einer anderen Person verrichten. Für seine letzte Tätigkeit als Hausmeister bestehe nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes vollständige Invalidität. Auch angepasste Tätigkeiten könne er nicht verrichten. Die Einsatzbeschränkungen bestünden seit dem 9. Mai 2006. Es könne weder eine Verbesserung des Gesundheitszustandes noch der Leistungsfähigkeit bewirkt werden. Dr. med. B. _____, RAD, beurteilte in seinem Bericht vom 3. Juli 2007 den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Die Hauptdiagnosen seien Polytoxikomanie bei langjährigem Heroin-, Methadon-, Benzodiazepin- und THC-Konsum sowie chronisch persistierende Hepatitis B und C. Von Seiten der Diagnostik handle es sich um einen reinen Suchtmittelmissbrauch. In mehreren ärztlichen Berichten werde jeweils explizit eine psychiatrische oder psychische Erkrankung ausgeschlossen. Das im Untersuchungsbericht der deutschen Rentenversicherung Y. _____ erwähnte POS basiere nur auf vermuteten Grundlagen und entbehre jeglicher objektiver Beschreibung, insbesondere da der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht abstinent gewesen sei und demnach die kognitiven Fähigkeiten nicht beurteilt werden könnten. Die Bemerkung "erneute Entwöhnungsmassnahmen seien nicht mehr sinnvoll" könne er nicht

unterschreiben. Die Belastungen durch die Hepatitis B oder C seien nicht invalidisierend, da es sich nicht um aktive, sondern nur um persistierende chronische Hepatitiden handle, und die Leberwerte seien durchwegs normal. Es handle sich daher um eine reine Suchterkrankung die per se im Sinne der Invalidenversicherung nicht invalidisierend sei (act. 48). L. _____, Diplom-Sozialarbeiter und Sozial- und Suchttherapeut, hielt in seinem Bericht vom 28. August 2007 fest, die Polytoxikomanie des Beschwerdeführers bestehe seit über 30 Jahren und müsse als chronisch angesehen werden. Der Beschwerdeführer lebe seit mehr als 20 Jahren sozial weitgehend isoliert. Seit 1999 lebe er aufgrund seiner chronischen Pankreatitis und Hepatitis C (aktuell in Interferon-Behandlung) alkoholabstinent. Eine Entgiftungsbehandlung mit anschliessender stationärer Entwöhnungsbehandlung habe nicht zum erwünschten Erfolg geführt. Neben der Suchterkrankung bestehe der Verdacht, dass weitere psychische Störungen mit Krankheitswert (Depression, Angststörung etc.) vorlägen, die eine Erwerbstätigkeit ausschliessen. Zwei Suizidversuche (ca. 1984 und 1999) würden ebenfalls in diese Richtung weisen. Er sei übereinstimmend mit der deutschen Rentenversicherung der Auffassung, dass der Beschwerdeführer erwerbsunfähig und mit der Wiederherstellung der Erwerbsunfähigkeit nicht zu rechnen sei (act. 52). Dr. med. B. _____, RAD, bestätigte in seinem Bericht vom 9. Oktober 2007 seine am 3. Juli 2007 gestellten Diagnosen. Die zusätzlich eingereichten Unterlagen würden keine neuen Aspekte aufzeigen, die die Beurteilung vom 3. Juli 2007 beeinflussen würden. Es handle sich um eine reine Polytoxikomanie mit zur Zeit noch keinen vorhandenen somatischen oder psychiatrischen invalidisierenden Störungen. Die Hepatitis B und C seien bei normalen Transaminasen als persistierend, aber nicht als chronisch aktiv anzusehen (diesbezüglich müsse die installierte Interferon-Therapie als fragwürdig indiziert angesehen werden). Eine chronisch aktive Pankreatitis könne er mit normalen Amylasen und Lipasen sowie normalem Zuckerhaushalt nicht nachvollziehen. Die psychischen Veränderungen seien nur vage dargestellt und falls überhaupt vorhanden, rein Suchtmittel bedingt. Auch die beiden Suizide seien in der Suchtphase anzusiedeln (IVSTA act. 55). Das Landratsamt Y. _____, Fachbereich Soziales-Schwerbehinderung, stuft den Beschwerdeführer am 20. Dezember 2007 als Schwerbehinderten bei einem Grad der Behinderung von 70 ein. Die Prüfung der ärztlichen Unterlagen habe ergeben, dass Funktionsstörungen in der Art von Suchtkrankheit, Alkoholkrankheit, Hirnorganisches Psychosyndrom, chronische Leberentzündung (Hepatitis) und chronische Entzündung der Bauchspeicheldrüse vorliege (Beilage zu Beschwerdeergänzung BVGer act. 3). Dr. med. M. _____, RAD, erstellte am 23. April 2008 einen Arztbericht zu Händen der IV-Stelle. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachtete er als nicht gegeben. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er fest: Polytoxikomanie, chronische Hepatitis B und C, Status nach Hepatitis A, Epilepsie seit ca. 1990, Status nach Gastritiden, Status nach laparoskopischer Cholezystektomie wegen chronischer Cholezystitis mit -lithiasis und rezidivierender Pankreatitis 25. Mai 2005, Status nach mehrfachen Frakturen rechte Clavicula mit Status nach Operation, Status nach Operation wegen Harnleiterstein links Anfangs 80er-Jahre, Nikotin, Status nach Appendektomie ca. 1967. Die Stellungnahmen von Dr. B. _____ könne er bestätigen. Es liege eine Suchterkrankung vor ohne Nachweis von für die Arbeitsfähigkeit relevanten körperlichen oder geistigen Folgeschäden. Für die Annahme eines hirnorganischen Psychosyndromes, welches Dr. K. _____ erwähnte, gebe es ausser dem Eindruck, den der Patient anlässlich der Untersuchung vermittelt habe, keine medizinischen Belege. Dieser Eindruck sei zudem bei einem Versicherten unter fortgesetztem Substanzabusus entstanden. Es sei damit für den Rückschluss auf

Folgeschäden nicht verwertbar (IVSTA act. 58).

E. 6.1

Die Ärzte sind sich grundsätzlich einig, dass beim Beschwerdeführer eine Suchterkrankung vorliegt. Dr. B._____ hielt die Belastungen durch die Hepatitis B oder C nicht für invalidisierend, da es sich nicht um aktive, sondern nur um persistierende chronische Hepatitiden handle. Die Leberwerte seien durchwegs normal. Dr. K._____ führte in ihrer Zusammenstellung der Diagnosen die Hepatitis B nicht auf, sondern lediglich eine chronische Hepatitis C mit leichter Leberfibrose, mit derzeit fehlendem Hinweis auf entzündliche Aktivität. In den übrigen Arztberichten findet sich kein Hinweis auf eine aktive chronische Hepatitis A, B, oder C. Dr. K._____ hielt aber auch fest, das Leistungsvermögen sei insbesondere aufgrund einer erheblichen psychomentalen Minderbelastbarkeit bei ausgeprägtem hirnorganischen Psychosyndrom herabgesetzt. Die Ärzte Dres. F._____ und G._____ erwähnten in ihrem Bericht vom 14. Februar 2000, dass der hinzugezogene neurologische Konsiliarius, Dr. N._____, keine akute Suizidalität, keine Depression oder Psychose gefunden habe. Der Drogenberater hielt fest, dass der Verdacht auf psychische Störungen mit Krankheitswert wie Depression und Angststörung bestehe. Dres. B._____ und M._____ erachten ein hirnorganisches Psychosyndrom nicht als gegeben, da diesbezüglich kein medizinischer Beleg vorhanden sei.

E. 6.2

Für die Rauschgiftsucht gilt dasselbe wie für Alkoholismus, wonach die Sucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründet. Vielmehr wird sie invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, 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 ist, dem Krankheitswert zukommt (vgl. Urteil EVG vom 8. August 2006 [I 169/06] E. 2.2 mit weiteren Hinweisen zur "Drogensucht"; BGE 124 V 265 E. 3C; vgl. BGE 99 V 28 E. 2).

E. 6.3

Auf einen Aktenbericht abzustellen, wie ihn der RAD am 9. Oktober 2007 und 23. April 2008 erstellt hat, ist nur zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d; Urteil 8C_736/2008 vom 4. Juni 2009 E. 9.1 mit Hinweis). Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt. Denn die Ärzte widersprechen sich bezüglich der Diagnose eines hirnorganischen Psychosyndroms. Im Gegensatz zu Dr. K._____ hat Dr. N._____ das Vorliegen einer Psychose verneint. Die RAD-Ärzte Dres. B._____ und M._____ bezeichneten die Angaben von Dr. K._____ als Vermutung, da diese keine medizinische Belege beigefügt habe, um ihre Diagnose zu untermauern. Hier gilt es festzustellen, dass einzig Dr. K._____ und Dr. N._____ den Beschwerdeführer persönlich untersucht haben, diese sich jedoch widersprechen. Aufgrund der vorhandenen Unterlagen ist es nicht möglich, sich ein vollständiges Bild zu verschaffen. Es kann daher nicht auf die Aktenberichte der RAD-Ärzte abgestellt werden. Ebenso wenig kann jedoch auf den Bericht von Dr. K._____ (E 213) vom 27. September 2006

abgestützt werden, denn auch dieser Bericht erfüllt nicht die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Beurteilungsgrundlage. Die in den Akten vorliegenden Arztberichte geben u.a. lediglich Auskunft über die bekannte Polytoxikomanie und Hepatitis A, B und C. Einzig Dr. K. _____ hielt fest, dass das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers insbesondere aufgrund einer erheblichen psychomentalen Minderbelastbarkeit bei ausgeprägtem hirnorganischem Psychosyndrom herabgesetzt sei. Die Frage jedoch, ob das Suchtverhalten des Beschwerdeführers zu einer physischen Schädigung, insbesondere zur Schädigung des Gehirns geführt hat, und wenn ja, ob diese Schädigung zu einer Arbeitsunfähigkeit führte, kann bei der vorliegenden Aktenlage nicht beantwortet werden. Die Sachverhaltsabklärung ist in diesem Punkt unvollständig. Bei dieser Ausgangslage kann keine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers erfolgen (vgl. auch Urteil 8C_653/2009 des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009 E. 5.2 mit Hinweisen).

E. 6.4

Die Beurteilung der Akten ergibt, dass vorliegend eine Begutachtung durch eine spezialisierte Abklärungsstelle unabdingbar ist. Eine Fachperson hat zu beurteilen, ob der Drogenkonsum bzw. die Drogenabhängigkeit des Beschwerdeführers einen geistigen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert bewirkt hat.

E. 6.5

Insgesamt kommt das Gericht deshalb zum Schluss, dass die Vorinstanz den Untersuchungsgrundsatz missachtet hat, indem sie den Sachverhalt ungenügend abgeklärt hat.

E. 6.6

Wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung richtig festgehalten hat, kann der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass das Versorgungsamt einen Grad der Behinderung (GdB) von 70% 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 des IX. SGB 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 Bundesverwaltungsgerichts C-2545/2006).

E. 7

Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese eine Begutachtung in der Schweiz anordne und von einer Fachperson untersuchen lässt, ob die Auswirkungen des Drogenkonsums und der Drogenabhängigkeit beim Beschwerdeführer einen geistigen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert bewirkt habe. Der Beschwerdeführer beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung der Vorinstanz und die Anerkennung einer Behinderung von über 50 Prozent. Die Beschwerde ist daher teilweise gutzuheissen.

E. 8

Es bleibt noch über die Verfahrens- und Parteikosten zu entscheiden.

E. 8.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG (in der seit dem 1. Juli 2006 gültigen Fassung) ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Verfahrenskosten sind gemäss dem Reglement vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) zu bestimmen. Das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege wurde mit Zwischenverfügung vom 21. Oktober 2008 gutgeheissen. Es ist daher von der Erhebung von Verfahrenskosten abzusehen.

E. 8.2

Dem obsiegenden nicht anwaltliche vertretenen Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG i. V. m. Art. 7 Abs. 1 VGKE e contrario).

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