



Abteilung III
C-5187/2009

Urteil vom 26. April 2012

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Franziska Schneider,
Richterin Elena Avenati-Carpani,
Gerichtsschreiberin Susanne Flückiger.

Parteien

A._____, **Z.**_____
(Thailand),
vertreten durch Dr. iur. Alex Hediger, Advokat, **Y.**_____,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
X._____,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenrente; Verfügung der IVSTA vom 10. Juni 2009.

Sachverhalt:**A.**

A._____, geboren am (...) 1970 (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist Schweizer Bürger. Der gelernte Maschinenmechaniker arbeitete in der Schweiz bis Ende September 2003 und bezog bis April 2004 Arbeitslosenentschädigung. Er lebt seit September 2003 mit Unterbrüchen in Thailand. Am 28. Juli 2006 erlitt er bei einem Motorradunfall in Thailand einen Schädelbruch (act. IV/1, 3, 9, 10, 16). Am 11. Oktober 2007 beantragte er bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (Vorinstanz) eine Invalidenrente wegen der Folgen des Unfalls vom 28. Juli 2006 (Kopfschmerzen, Verlust des Geruchs- und Geschmacksinns) sowie Depressionen mit Suizidversuch im Februar 2007 und Drogenabhängigkeit (act. IV/1, 9, 10).

B.

Die IVSTA ermittelte den Sachverhalt (act. 9-12, 16, 21-28) und holte eine Stellungnahme des medizinischen Dienstes ein (act. IV/31). Gestützt darauf teilte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 7. August 2008 im Wesentlichen mit, es liege keine Invalidität vor, weshalb das Leistungsbegehren abgewiesen werden müsste.

In der Folge liess der Versicherte einen ausführlichen Bericht seines behandelnden Psychiaters in der Schweiz vom 26. September 2008 (act. IV/36) einreichen.

Auf Veranlassung des medizinischen Dienstes (act. IV/40) holte die Vorinstanz ein psychiatrisches Gutachten vom 16. April 2009 ein (act. IV/53), worauf der medizinische Dienst am 27. Mai 2009 nochmals Stellung nahm (act. IV/55a). Mit Verfügung vom 10. Juni 2009 wies die IVSTA das Leistungsbegehren ab und begründete dies damit, dass keine gemäss den gesetzlichen Bestimmungen ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit vorliege. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei eine dem Gesundheitszustand angepasste gewinnbringende Tätigkeit in rentenaus-schliessender Weise zumutbar, weshalb keine einen Rentenanspruch begründende Invalidität vorliege (act. IV/56).

Antragsgemäss übermittelte die IVSTA am 7. Juli 2009 die IV-Akten an den Versicherten (act. IV/58).

C.

Am 17. August 2009 erhob der Beschwerdeführer – vertreten durch Advokat Dr. Alex Hediger – Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 10. Juni 2009 sowie die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente ab 1. November 2007; eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Prüfung an die Vorinstanz zurückzuweisen und/oder ein psychiatrisches Obergutachten anzuordnen. Er begründete dies im Wesentlichen damit, dass das von der Vorinstanz eingeholte psychiatrische Gutachten nicht den Anforderungen an ein fachärztliches Gutachten entspreche, sei es doch bezüglich der Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts unvollständig, zudem enthalte es teilweise sachwidrige Aussagen und sei insgesamt nicht nachvollziehbar. Gleichzeitig beantragte er die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Einsetzung des unterzeichnenden Anwalts als unentgeltlichen Rechtsbeistand, alles unter Kostenfolge zu Lasten der Vorinstanz.

Am 21. September 2009 reichte der Beschwerdeführer aufforderungsgemäss das ausgefüllte Formular „Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege“ inklusive Beilagen ein. Am 29. September 2009 reichte er das in Aussicht gestellte "Schlüssigkeitgutachten" von Dr. B._____ vom 28. September 2009 nach (act. 3 f.).

D.

In ihrer Vernehmlassung vom 4. März 2010 beantragte die Vorinstanz mit Verweis auf die beim medizinischen Dienst eingeholte Stellungnahme (act. IV/60) die Abweisung der Beschwerde (act. 10).

E.

Mit Zwischenverfügung vom 22. März 2010 hiess das Bundesverwaltungsgericht das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut (Dispositivziffer 1) und setzte Advokat Dr. Alex Hediger als unentgeltlichen Rechtsbeistand ein (Dispositivziffer 2).

F.

Mit Replik vom 7. Juni 2010 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Gleichzeitig reichte er eine weitere Stellungnahme der Gutachterin Dr. B._____ ein (act. 15).

G.

Die Vorinstanz hielt in ihrer Duplik vom 1. Juli 2010, gestützt auf die Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 28. Juni 2010, an ihrem Antrag fest (act. 17, 17.1).

H.

Mit Verfügung vom 12. Juli 2010 übermittelte das Bundesverwaltungsgericht dem Beschwerdeführer die Duplik der Vorinstanz inklusive Beilage zur Kenntnis und schloss den Schriftenwechsel ab.

I.

Auf weitere Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**1.**

1.1. Gemäss Art. 31 Verwaltungsgerichtsgesetz 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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2. Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 [ATSG, SR 830.1]). Die am 11. Oktober 2007 bevollmächtigte Mutter, C._____ (vgl. act. IV/1 S. 7), hat Advokat Dr. Alex Hediger am 25. Juni 2009 mit der Wahrung der Interessen des Beschwerdeführers beauftragt (act. 1.1), weshalb die von Advokat Hediger unterzeichnete Beschwerde rechtsgültig ist.

1.3. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht wurde (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG in Verbindung mit Art. 22a Abs. 1 Bst. b VwVG), ist darauf einzutreten.

2.

2.1. 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. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a – 26^{bis} und 28 – 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

2.2. Der Beschwerdeführer ist Schweizer Bürger mit Wohnsitz in Thailand, mit welchem Land die Schweiz kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat, weshalb im vorliegenden Verfahren ausschliesslich schweizerische Rechtsvorschriften anwendbar sind.

2.3. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben, hier der Verfügung vom 10. Juni 2009 (vgl. BGE 130 V 329 E. 2.3, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

3.

3.1. 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).

3.2. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht.

Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

4.

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob der Beschwerdeführer entgegen der Auffassung der Vorinstanz Anspruch auf eine Schweizer Invalidenrente hat.

Zunächst sind jedoch die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

4.1. Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_419/2009 vom 3. November 2009), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 130 V 445).

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein, so gilt das alte Recht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_606/2011 vom 13. Januar 2012 E 3.2).

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des (allfälligen) Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 10. Juni 2009 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 ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Hinsichtlich des Zeitpunkts des Rentenbeginns gilt das alte Recht, da vorliegend der (allfällige) Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eingetreten ist und sich der Beschwerdeführer vor dem 31. Dezember 2008 angemeldet hat. Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 16. März 2011 [AS 2011 5659]).

4.2. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität 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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3).

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

4.3. Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 aIVG, Art. 28 Abs. 2 IVG).

Viertelsrenten werden allerdings gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG (bzw. Art. 28 Abs. 1^{ter} aIVG; Fassung gemäss 2. IVG-Revision vom 9. Oktober 1996, in Kraft vom 1. Januar 1988 – 31. Dezember 2007) nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Sinne von Art. 13 ATSG in der Schweiz haben. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (heute: Bundesgericht) stellt Art. 28 Abs. 1^{ter} aIVG nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 264 E. 6c).

4.4. 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). Es sind demnach nicht nur die Erwerbsmöglichkeiten im angestammten Beruf, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Die – arbeitsmedizinische – Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. 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 17 E. 2b).

4.5. Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste (RAD) zur Verfügung (Art. 59 Abs. 2^{bis} Satz 1 IVG). Die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2^{bis} Satz 2 und 3 IVG). In den interdisziplinär zusammenge-

setzten RAD sind insbesondere die Fachdisziplinen Innere oder Allgemeine Medizin, Orthopädie, Rheumatologie, Pädiatrie und Psychiatrie vertreten (Art. 48 IVV).

4.6. Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

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. 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. Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten, Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist den im Rahmen des im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. dazu das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a und weiteren Hinweisen). 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 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 U. KIESER,

ATSG-Kommentar, Art. 43 Rz. 35).

Die fachliche Qualifikation des Experten spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. 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 ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des Bundesgerichts vom 3. August 2000 [I 178/00] E. 4a).

5.

Der Beschwerdeführer rügt im Wesentlichen, die Abweisung seines Rentenbegehrens beruhe auf einer unvollständigen bzw. einer unsachgemässen Ermittlung des rechtserheblichen Sachverhalts.

Demnach ist nachfolgend die medizinische Aktenlage darzulegen (E. 5.1 ff.). Anschliessend ist zu erörtern, ob gestützt darauf die Beeinträchtigung des Beschwerdeführers in seiner Arbeitsfähigkeit bestimmt werden kann, oder ob die Aktenlage antragsgemäss zur Klärung des Leistungsanspruchs zu ergänzen ist (E. 6).

5.1. Aus den Akten des Internationalen Spitals in W._____ (Thailand) von Juli und August 2006 geht hervor, dass der Patient vom 29. Juli – 6. August 2006 in der Folge eines Verkehrsunfalls mit Kopfverletzung behandelt wurde. Als Diagnose wurde ein kleines intrazerebrales Hämatom links parietal mit rechts temporalem Schädelbruch (ICD-10 S 06.3) gestellt. Weiter wurde er vom 10. – 17. August 2006 wegen der Gehirnerschütterung, posttraumatischem Kopfschmerz sowie "Rule out post traumatic stress and depression" behandelt, wobei die medikamentöse Therapie bis zum 12. September 2006 weitergeführt wurde (act. 1.7 f.).

5.2. Aus den Arztberichten des Internationalen Spitals in W._____ vom 3. – 10. Februar 2007 geht hervor, dass der Patient wegen einer akuten Depression (Suizidversuch mit Medikamentenüberdosis Benzodiazepam und 6 cm langer Schnitt am rechten Handgelenk) vom 29. Januar 2007 – 10. Februar 2007 behandelt wurde und der Patient anfänglich wegen akuter Suizidalität dauernd überwacht werden musste, weshalb eine Rückführung in die Schweiz via Schweizerische Rettungsflugwacht REGA eingeleitet wurde. Da der Zustand sich verbesserte, konnte der Patient

schliesslich allein in die Schweiz fliegen (vgl. act. IV/21-24 und Beschwerdeakte act. 1.9).

5.3. Am 3. September 2007 stellte der Neurologe Dr. D. _____ gestützt auf eine eigene Untersuchung und je ein Schädel-CT vom 7. August 2007 sowie vom 30. Juli 2005 (recte: 2006, erstellt in Thailand) die Diagnose Status nach Unfall mit Schädel-Hirntrauma vom 29. Juli 2006 mit intrazerebraler Blutung links parietal, mit leichtem Subduralhämatom links fronto temporal, mit bleibender Anosmie [Verlust des Geruchssinnes] bds. (fraglich subtotal), mit noch persistierenden chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen. Ausserdem stellte er die Diagnosen Status nach Depression und Status nach Drogenabusus. Der Patient sei betrunken von der Strasse abgekommen und habe einen Selbstunfall erlitten. Es bestehe eine retrograde Amnesie für den ganzen Tag. Er möge sich nicht an den Antritt der Motorradfahrt erinnern. Das Gedächtnis setze erst wieder ca. fünf Tage später ein, nachdem er bereits in ein zweites Spital verlegt worden sei. Der Arzt stellt fest, der Patient habe sich erstaunlich gut erholt. Eindrücklich sei die lange Dauer der Amnesie, auch der retrograden Amnesie von wahrscheinlich mehreren Stunden, was ein entsprechend schweres Trauma belege. Als Residuen seien zurückgeblieben eine traumatische Anosmie, die eventuell nicht ganz vollständig sei, aber die Arbeit in einem Restaurant mit Einsatz als Koch sicher relevant beeinträchtige. Eine kognitive Beeinträchtigung sei nicht eingetreten, auch eine posttraumatische Epilepsie sei bis jetzt (ein Jahr nach dem Unfall) nicht manifest geworden. Weiter beeinträchtigen würden ihn die chronischen Kopfschmerzen, wofür er trizyklische Antidepressiva empfehle, welche vielleicht auch gegen die Winterdepression helfen würden (act. IV/26, act. 1.8.1).

5.4. Der Angiologe Dr. E. _____ schloss beim Patienten am 15. Oktober 2007 eine Rezidiv-Thrombose aus und stellte als weitere Diagnosen einen Status nach Unterschenkelödem links nach intravenöser Drogenapplikation (teilweise paravenös) am Unterschenkel links vor einer Woche, Status nach tiefer Beinvenenthrombose links im Jahr 2000, Polytoxikomanie und Nikotinabusus, 40 – 60 Zigaretten täglich.

5.5. Der Hausarzt, in der Schweiz, Dr. F. _____, FMH für Innere Medizin, stellte zu Händen der IVSTA am 26. Juni 2008 die Diagnosen Status nach Schädel-Hirntrauma im Juli 2006, mit Schädelfraktur und intrazerebraler Blutung links parietal; persistierende posttraumatische Kopfschmerzen; IV-Drogenabusus anhaltend (im Jahr 2007); anamnestisch

Status nach Suizidversuch im Februar 2007. Der Gesundheitszustand des Patienten sei stationär. Er habe ihn zuletzt im Oktober 2007 wegen der posttraumatischen Kopfschmerzen gesehen, wobei er sich eine Überprüfung der Verletzungen mittels CT gewünscht habe. Zur Arbeitsfähigkeit könne er nicht Stellung nehmen, da er den Versicherten dazu nicht befragt oder untersucht habe. Er wisse nicht, welcher Tätigkeit dieser in Thailand nachgehe. Allenfalls müssten weitere Abklärungen, auch in psychiatrischer Richtung, erfolgen (act. IV/28).

5.6. Dr. G._____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene, welcher den Versicherten seit Mitte 1998 psychiatrisch betreut, nahm zu Händen der IVSTA am 26. September 2008 im Sinne eines gutachterlichen Berichts Stellung (act. IV/36). Nach ausführlicher Anamnese, welche auch auf die Adoleszenz und die berufliche Ausbildung des Beschwerdeführers Bezug nimmt, stellt er folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Rezidivierende depressive Störung mit teils extrem schweren Episoden und wiederholten, ernsthaften Suizidversuchen (ICD-10: F 33.21); sekundäre Polytoxikomanie im Sinne eines "Selbst"-regulierenden und -erhaltenden Verhaltens (Alkohol, Nikotin, Cannabis, anamnestisch und heute gelegentlich Heroin); Status nach mehrjähriger Methadonsubstitution (1993-2004); Status nach schwerem Motorrad-Selbstunfall in suizidaler Absicht mit konsekutivem Status nach intrazerebraler Blutung links parietal, leichtem Subduralhämatom links fronto-temporal, bleibender Anosmie bds., persistierenden chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen. Aus psychiatrischer Sicht liege beim hereditär vorbelasteten Patienten eine schwere und lang anhaltende endogene Depression mit zeitweise schwersten depressiven Episoden vor; auch in den Jahren, in welchen er ihn engmaschig psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt und dieser unter teils hochdosierter und sich den wechselnden Episoden angleichender antidepressiver Medikation eine Therapierefraktion aufgewiesen habe. Der Patient zeige in Situationen depressiver Krisen ein Vollbild mit extremer Anhedonie, Lust- und Perspektivlosigkeit, Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Traurigkeit, begleitenden somatischen Symptomen und eine akute Suizidalität. Der von ihm betriebene Substanzmissbrauch sei aus psychiatrischer Sicht eindeutig als sekundäres Geschehen zu verstehen und werde vom Patienten dafür eingesetzt, um unerträgliche seelische Schmerzen und Leiden auszuhalten. Aus psychiatrischer Sicht liege aufgrund der psychischen wie körperlichen Leiden eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70% seit mindestens Anfang 2004 vor. Es seien weder

Rehabilitationsmassnahmen möglich, im Gange oder vorgesehen, noch könne die Arbeitsfähigkeit in irgend einer Tätigkeit verbessert werden.

5.7. Dr. H._____, Fachärztin für innere Medizin und Nephrologie, vom medizinischen Dienst der IVSTA, nahm zu den ihr vorliegenden Akten wie folgt Stellung:

5.7.1. Am 3. August 2008 stellte sie – gestützt auf die Akten der Dres. F.____ (E.5.5), E.____ (E. 5.4), D.____ (E. 5.6) sowie des Spitals W.____ von Februar 2007 (E. 5.2) – als Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Polytoxikomanie, die Folgen des Motorrad-Selbstunfalls sowie eine rezidivierende depressive Verstimmung mit Status nach Suizidversuch im Januar 2007. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit zu 0% arbeitsunfähig. Die Arbeitsaufgabe per 1. Oktober 2003 sei nicht wegen Krankheit erfolgt. Der Versicherte führe gemäss den Berichten von Dr. E.____ und Dr. D.____ in Thailand zusammen mit seiner Partnerin ein Restaurant, was er im Fragebogen nicht angebe. Er konsumiere seit Jahren alle möglichen Drogen. Das durch den Motorradselbstunfall verursachte Schädelhirntrauma habe als Folge eine Anosmie zurückgelassen, die gemäss der neurologischen Beurteilung sicher nicht total sei. Der Patient beklage seit dem Unfall chronische Kopfschmerzen, es könnten aber keine residuellen Hirnleistungsstörungen dokumentiert werden. Kopfschmerzen seien bei Drogenabusus ein häufiges Begleitphänomen und könnten nicht sicher ursächlich mit dem Schädelhirntrauma in Zusammenhang gebracht werden. Der Versicherte sei gemäss dem Bericht von Dr. D.____ in der Lage, weiterhin in seinem Restaurant zu arbeiten. Körperliche oder psychische bleibende Schäden durch den chronischen Drogenkonsum würden nicht erwähnt. Es habe im Jahr 2007 wohl eine depressive Verstimmung mit möglichem Suizidversuch bestanden, anamnestisch würden depressive Episoden seit Jahren bestehen, vor allem im Winter, ohne dass diese bisher zu einer dokumentierten Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Der Versicherte werde von Dr. D.____ als "psychisch ganz unauffällig, wach, vif ..." beschrieben. Zusammenfassend stellt sie fest, dass keine rentenrelevante Erkrankung vorhanden sei; der Versicherte sei in der Lage, seiner bisherigen oder einer anderen Tätigkeit vollschichtig nachzugehen.

5.7.2. In ihrer Stellungnahme zum gutachterlichen Bericht von Dr. G.____ (siehe E. 5.6) gab sie an, dessen Beurteilungen seien widersprüchlich im Vergleich zu den Befunden in den anderen eingereich-

ten Arztberichten. Sie schlug vor, den Versicherten von einem neutralen Psychiater in der Schweiz hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit begutachten zu lassen.

5.8. Der Psychiater und Psychotherapeut Dr. I._____ stützt sein Gutachten vom 16. April 2009 zu Händen der IVSTA (act. IV/53) auf eine Einweisung des Patienten von Dr. G._____ vom 12. Juni 2001 zur stationären Therapie, einen Austrittsbericht der kantonalen psychiatrischen Klinik V._____ vom 28. Juni 2001 (beide Berichte nicht aktenkundig), die Berichte des Spitals W._____ vom 3. Februar 2007, der Dres. D._____, E._____, F._____ und G._____ (oben E. 5.2 – 5.6) sowie auf eine 70-minütige eigene Untersuchung vom 26. März 2009 und eine aktuelle Laboruntersuchung. Er diagnostiziert eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig grossteils remittiert (ICD-10: F 33.4), sowie eine Polytoxikomanie (F 19). Zusammenfassend geht er davon aus, dass die Suchtkrankheit nicht durch eine psychische Krankheit verursacht worden sei und selber auch nicht zu irreversiblen Gesundheitsschäden geführt habe. Sie sei deshalb für die Beurteilung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht relevant. Während den bedeutenden depressiven Episoden sei jeweils eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorhanden. Es gehe dem Versicherten dazwischen immer wieder über längere Zeit gut, derzeit sei eine teilweise Remission eingetreten. Über längere Zeiträume gesehen schätzt der Gutachter die Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten auf ca. 25%. Dass der Explorand seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausnutze, liege an den ungünstigen krankheitsfremden Faktoren. Die Prognose sei unklar. Eine konkrete Arbeitstätigkeit sei wohl erst möglich, wenn er über längere Zeit abstinent leben könne, dazu sei aber keine Motivation vorhanden. Ergänzend fügt er an, die vom behandelnden Arzt angegebene "extrem schwere depressive Episode" lasse sich nicht nachweisen. Der Motorradunfall sei in alkoholisiertem Zustand erfolgt, eine suizidale Absicht sei kaum vorhanden gewesen. Dr. G._____ berücksichtige die krankheitsfremden Faktoren nicht, weshalb die dargelegte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70% sich nicht begründen lasse.

5.9. In ihrer Einschätzung vom 27. Mai 2009 übernahm Dr. H._____ die Angaben von Dr. I._____ und gab an, es bestehe kein relevanter Gesundheitsschaden (act. IV/55a).

5.10. Dr. G._____ nahm am 14. August 2009 (act. 1.5) zu den Vorakten Stellung und befand, die Aussagen des medizinischen Dienstes erschie-

nen nicht als neutral. Es sei auch unklar, inwiefern die früheren Akten gegenüber seiner Stellungnahme vom 26. September 2008 widersprüchlich seien. Weiter führt er zum Gutachten von Dr. I._____ detailliert aus, weshalb dieses nicht nachvollzogen werden könne. Ausserdem findet sich eine Zusammenstellung von weiteren Hospitalisationen in W._____ seit April 2009 sowie der aktuellen Medikamentation.

5.11. Die Psychiaterin Dr. B._____ vom Institut für Expertisen in Recht und Medizin R.E.M analysierte in ihrer Stellungnahme vom 28. September 2009 das Gutachten von Dr. I._____ zu Handen des Beschwerdeführers (act. 4.1). Sie stellt eine unstrukturierte und teilweise lückenhafte Anamnese, insbesondere zur Biografie des Exploranden fest. Die Aktenzusammenfassung sei sehr knapp und es fehlten die darin festgestellten Befunde bzw. Behandlungsmassnahmen. Die Anamnese unterscheide sich zudem stark von derjenigen des behandelnden Psychiaters. Auch die Krankheitsentwicklung (Depression) sei unvollständig und inhaltlich ungenau, insbesondere bezüglich der Schwere und der Anzahl der rezidivierenden depressiven Episoden. Es fehlten auch Angaben zum Drogenkonsum wie auch zur Häufigkeit und Menge des Konsums von Alkohol. Es fänden sich auch keine Angaben zur bisherigen psychiatrischen Behandlung. Die psychischen Befunde seien knapp gehalten, jedoch insgesamt angemessen und übersichtlich strukturiert, indessen gemäss dem gängigen AMDP-Manual (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) unvollständig. Bezüglich des Motorradunfalls fehle eine testpsychologische Untersuchung der kognitiven Fähigkeiten. Die Diagnosen liessen sich insgesamt fachlich nachvollziehen. Indessen seien die allgemeinen Aussagen zur Einschätzung der Schwere der depressiven Episoden problematisch. Zudem fehle eine genügende Diskussion zu den Auswirkungen des Schädelhirntraumas auf das psychische Befinden, insbesondere bezüglich des Konsums von Drogen und Alkohol. Die Ausführungen des Gutachters zur Arbeitsfähigkeit seien ohne weitere Definition der Schwere der Episoden und deren Dauer unklar. Die Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Arbeitsfähigkeit würden ebenfalls nicht näher dargestellt, weshalb die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit insgesamt nicht nachvollziehbar sei. Somit weise das Gutachten in der Darstellung der Aktenlage, der Anamnese, des Befundes und der Beurteilung deutliche Mängel auf, welche sich insbesondere auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit negativ auswirkten, weshalb sie eine Zweitbegutachtung inklusive neuropsychologische und neurologische Untersuchungen empfehle.

5.12. Dr. H._____ äusserte sich in Beantwortung dieser Analyse am 27. Februar 2010 (act. IV/60) im Wesentlichen dahingehend, die Kritik am Gutachten von Dr. I._____ sei unbegründet und dessen fachliche Aussagen nicht in Frage zu stellen. Die fachärztliche neurologische Beurteilung von Dr. D._____ sei ebenfalls ausreichend, dieses Gutachten sei umfassend. An ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ändere sich nichts.

5.13. In ihrer Stellungnahme vom 25. April 2010 hielt Dr. B._____ an ihren Ausführungen zu den formalen Standardanforderungen an ein Gutachten im Allgemeinen und an ihren materiellen Kritikpunkten am Gutachten I._____ fest. Sie stimme im Übrigen mit dem medizinischen Dienst überein, dass sich die Beurteilung eines unabhängigen Gutachters nicht mit derjenigen des behandelnden Arztes decken müsse, was aber nicht bedeute, dass eine Auseinandersetzung mit bisherigen diagnostischen Beurteilungen überflüssig sei.

5.14. In ihrer abschliessenden Stellungnahme vom 28. Juni 2010 hielt Dr. H._____ an ihren bisherigen Ausführungen fest (act. 17.1).

6.

Nachfolgend ist auf die (umstrittene) Verwertbarkeit des Gutachtens von Dr. I._____ und der weiteren medizinischen Stellungnahmen und Berichte einzugehen.

6.1. Was den Gutachter Dr. I._____ betrifft, ist unbestritten, dass es sich vorliegend um einen zur vorliegend zu beurteilenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung qualifizierten Gutachter handelt. Indessen entspricht das Gutachten – entgegen der Auffassung der Vorinstanz – aus folgenden Gründen nicht den bundesgerichtlichen Anforderungen an ein Gutachten (oben E. 4.6).

6.1.1. In medizinisch-psychiatrischer Sicht ist aus dem Gutachten nicht zu schliessen, inwieweit die vom Gutachter festgestellte Depression den Beschwerdeführer in seiner Erwerbstätigkeit einschränkt. Es finden sich diesbezüglich keine konkreten Angaben zur Dauer und Schwere der depressiven Episoden, ausser die – ebenfalls nicht weiter begründete und auf einen nicht aktenkundigen Spitalbericht aus dem Jahr 2001 gestützte – Aussage, die vom behandelnden Psychiater beschriebenen schweren bzw. schwersten Episoden seien nicht nachvollziehbar. Es ist auch nicht erkennbar, worauf der Gutachter seine Aussagen stützt, "es gehe dem Exploranden zwischen den Episoden immer wieder über längere Zeit

gut", abgesehen davon, dass auch diese Aussage ungenügend bestimmt ist. Zur aktenkundigen Medikamentenintoxikation mit Schnittverletzungen im Februar 2007 äussert sich Dr. I. _____ nicht. Auch überzeugen seine verallgemeinernden Aussagen zur Pubertät von Knaben und der Tatsache, dass der Beschwerdeführer als Scheidungskind bei seiner Mutter aufgewachsen ist, sowie seine darauf gestützten Schlussfolgerungen für die aktuelle Krankheitssituation nicht. Schliesslich findet sich auch keine Bezugnahme zu den (psychischen) Folgen des Motorradunfalls, ausser dass Dr. I. _____ im Gutachten einen Suizidversuch verneint. In Berücksichtigung der weiteren fachärztlichen Stellungnahmen von Dr. G. _____ und Dr. B. _____ (act. IV/36 Ziff. 4, act. 1.5 S. 3, act. 4.1 S. 4) ist auch für das Bundesverwaltungsgericht nicht nachzuvollziehen, weshalb ein unter Alkoholisierung verursachter Selbstunfall einen Suizidversuch a priori ausschliessen soll. Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass der Gutachter sich nicht zum Beruf des Beschwerdeführers als Maschinenmechaniker oder zu der festgestellten Einschränkung von Dr. D. _____ bezüglich der Tätigkeit als Koch (oben E. 5.3) äussert, obwohl der Beschwerdeführer offenbar zeitweise ein Restaurant führte und bei der Feststellung des Invaliditätsgrads die Ausbildung und die letzte Tätigkeit zweifelsohne eine Rolle spielen.

6.1.2. Soweit Dr. I. _____ sich in Anlehnung an die ständige bundesgerichtliche Praxis, wonach Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründet (BGE 102 V 165; AHI 2002 S. 30 E. 2a, 2001 S. 228 E. 2b; präzisiert z.B. in BGE 124 V 265 E. 3c m.H. sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_951/2010 vom 30. Mai 2011 E. 4.1 m.H.), ausführlich dazu äussert, die beim Beschwerdeführer vorliegende Polytoxikomanie sei für einen Leistungsanspruch bei der Invalidenversicherung irrelevant, und seine weiteren seine Beurteilung stützenden Ausführungen mit "invaliditätsfremden Einschränkungen" wie z.B. fehlender Motivation oder genügender finanzieller Situation begründet, ist an die – arbeitsmedizinische – Aufgabe der Ärzte bzw. Gutachter zu erinnern, zu Handen der Verwaltung den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (oben E. 4.3; vgl. diesbezüglich auch den Gutachtensauftrag an Dr. I. _____, act. IV/41). Soweit Dr. I. _____ und auch Dr. H. _____ in diesem Sinne Ausführungen machen, sind ihre Berichte bzw. Gutachten nicht verwertbar.

6.1.3. Unter diesen Umständen ist festzustellen, dass das von Dr. I. _____ 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 und sich schliesslich mit den entgegenstehenden Aussagen der behandelnden Ärzte nur ungenügend auseinandersetzt. Inwieweit das Gutachten darüber hinaus bezüglich seinem Aufbau, seinem Inhalt, seiner Vollständigkeit und Schlussfolgerungen einem de lege artis erstellten Gutachten entspricht (vgl. act. 4.1), kann demnach offengelassen werden.

6.2. Was den vom Hausarzt des Versicherten veranlassten Bericht von Dr. D. _____ vom 3. September 2007 (act. IV/26) betrifft, ist festzustellen, dass dieser Bericht von einem Facharzt auf Wunsch des Beschwerdeführers veranlasst wurde, um die zu diesem Zeitpunkt aktuelle gesundheitliche Situation nach dem Schädel-Hirntrauma aus dem Jahr 2006 zu klären. Aus dem Bericht geht nicht hervor, ob und inwieweit der Arzt sich auf frühere – insbesondere psychiatrische – Akten und Unfallakten aus Thailand zum Motorradunfall abstützen konnte und wie lange die Untersuchung dauerte. Der Bericht entspricht somit – wie der medizinische Dienst fälschlicherweise behauptet (act. IV/60) – nicht einem neurologischen Gutachten gemäss Art. 44 ATSG. Demnach können daraus einzig Schlüsse zur neurologischen Situation im Untersuchungszeitpunkt gezogen werden. Verwertbare weitere Aussagen aus psychoneurologischer oder gar psychiatrischer Sicht ergeben sich daraus nicht.

6.3. Soweit sich Dr. H. _____ zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers äussert, stellt sie Widersprüche in den medizinischen Akten fest (act. IV/40 noch IV/55a). Sie führt indes nicht aus, inwiefern der Bericht von Dr. G. _____ widersprüchlich zu den anderen Berichten sein soll. In den Stellungnahmen des medizinischen Dienstes findet sich ausserdem keine Bezugnahme zu den beschwerdeweise eingereichten Akten aus Thailand zum Motorradunfall vom Juli 2006. Diese wurden zwar erst im Beschwerdeverfahren eingereicht. Die Vorinstanz bzw. der medizinische Dienst hatte jedoch im Rahmen des Beschwerdeverfahrens zweimal Gelegenheit, sich zu den Akten (auch aus psychiatrischer Sicht) zu äussern (act. IV/60 und 17.1). Auch bezüglich der Ereignisse im Februar 2007 mit geplanter Rückführung durch die REGA finden sich keine Hinweise in den Akten, welche allenfalls zur Beurteilung der Schwere der Erkrankung hätten dienen können. Unter diesem Aspekt sind die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes zusätzlich als unvollständig zu beurteilen. Es bleibt festzustellen, dass die psychiatrischen Akten aus dem Jahre 2001 (vgl. act. 53 S. 2), auf welche sich jedenfalls Dr. I. _____ zu stützen

scheint, dem Bundesverwaltungsgericht nicht aktenkundig gemacht wurden.

Problematisch erscheint auch, dass die Vorinstanz das vorliegende Beschwerdebild (Schädelhirntrauma mit neurologischer Komponente sowie Depression mit Status nach Suizidversuch) einer dafür gemäss ständiger bundesgerichtlicher Praxis (oben E. 4.7) ungenügend qualifizierten Internistin und Nephrologin (vgl. Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Sozialversicherungen, <http://www.medregom.admin.ch>, besucht am 27. März 2012) und nicht einem fachspezifisch ausgebildeten Facharzt des RAD Rhône zur Beurteilung übermittelte (vgl. oben E. 4.6). Auch im weiteren Verlauf hat einzig Dr. H. _____ zu Händen der IVSTA Stellung genommen (act. IV/55a, 60, act. 17.1).

6.4. Wie die Vorinstanz und teilweise auch der medizinische Dienst grundsätzlich zu Recht ausführt, ist es Aufgabe der IV-Stelle, im administrativen Verfahren den Sachverhalt von Amtes wegen zu ermitteln, ohne selbst Partei zu sein (Art. 43 ATSG, vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1 und 1.3.2 mit Hinweis auf BGE 136 V 376 E. 4.2.2). Deshalb war die Vorinstanz auch verpflichtet, Abklärungsmassnahmen zu organisieren und allfällige notwendige Kosten zu übernehmen. Indessen erweist sich, dass der relevante Sachverhalt vorliegend – abgesehen von den bereits dargelegten ungenügenden Erhebungen zum Gesundheitszustand – unvollständig ermittelt wurde, was wiederum die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und seine verbleibende Arbeitsfähigkeit beeinflussen dürfte.

6.4.1. Wie oben (E. 6.3) dargelegt wurde, finden sich bereits in der Ermittlung des medizinischen Sachverhalts Lücken und Widersprüche (Unfall 2006, Medikamentenintoxikation 2007), weshalb es für die vorliegend nicht spezifisch qualifizierte Ärztin des medizinischen Dienstes auch nicht möglich war, rechtsgenügeliche Schlüsse im Sinne einer Gesamtsicht zu ziehen.

6.4.2. Als ebenfalls ungeklärt und für die Berechnung des Invaliditätsgrads relevant erweist sich die Frage nach der angestammten Berufstätigkeit (gelernter Maschinenmechaniker, Mitarbeiter Technik und Unterhalt [act. IV/1 S. 4, 16]) und der Festlegung allfälliger Verweistätigkeiten. Der Grund der Stellenkündigung im Jahr 2003 wurde nicht ermittelt, weshalb entgegen der Auffassung des medizinischen Dienstes diesbezüglich auch keine Schlüsse zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gezogen werden

können (vgl. act. IV/16, 31). Ebenfalls wurde nicht abgeklärt, inwieweit die in den Akten erwähnte Restauranttätigkeit als Berufstätigkeit bestand bzw. besteht, welche Einkünfte der Beschwerdeführer daraus bezog bzw. bezieht und ob sie aus gesundheitlichen Gründen als zumutbar zu erachten ist (neurologische und psychische Komponente, Einfluss der Anosmie und allenfalls der Polytoxikomanie). Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass die Beurteilung der finanziellen Verhältnisse eines Versicherten (soweit sie nicht mit dem invaliditätsbedingten Wegfall einer Erwerbstätigkeit in Verbindung stehen) für die Beurteilung des Gesundheitszustandes, die damit verbundenen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit und die darauf gestützte Ermittlung seines Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung grundsätzlich nicht relevant sind (oben E. 4.2 f.), weshalb dieser Aspekt nicht weiter abzuklären ist. Indes widerspricht der von der IV-Ärztin gezogene – im Übrigen nicht weiter begründete – Schluss, die finanzielle Situation des Beschwerdeführers erlaube ihm, ein zufriedenstellendes Leben ohne Arbeitstätigkeit zu führen (act. IV/55a), der Konzeption des Leistungsanspruchs der Schweizer Invalidenversicherung.

6.5. Da sich demnach die Akten als unvollständig erweisen und das von der Vorinstanz eingeholte Gutachten nur beschränkt verwertbar ist, liegt hier offensichtlich keine zuverlässige, ausreichend begründete, nachvollziehbare, widerspruchsfreie und den gesamten Gegenstand des vorliegenden Verfahrens umfassende medizinische Auseinandersetzung mit dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit vor. Insbesondere fehlt eine Gesamtbeurteilung der geltend gemachten Leiden. Da beim Beschwerdeführer ohne Zweifel insbesondere die Depression, die Polytoxikomanie und die Folgen des Motorradunfalls in einem Zusammenhang mit seinem Gesundheitszustand stehen und die vorliegenden medizinischen Unterlagen keine ausreichend sichere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erlauben, wäre es Sache der Vorinstanz gewesen, ein entsprechendes polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Die Vorinstanz hat den Sachverhalt damit unvollständig ermittelt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG).

6.6. Gemäss Art. 61 Abs. 1 VwVG entscheidet die Beschwerdeinstanz in der Sache selbst und weist diese nur ausnahmsweise zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurück. Ist jedoch eine entscheidungswesentliche Frage im Verwaltungsverfahren vollständig ungeklärt geblieben, kann das Gericht von der Einholung eines Gerichtsgutachtens absehen

und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen (BGE 137 V 210, E. 4.4.1.4).

Vorliegend blieben die Fragen der Schwere der geltend gemachten Gesundheitseinschränkungen in somatischer (insbesondere neurologischer) und psychischer Hinsicht im Verfügungszeitpunkt ungeklärt. Zudem fehlt jegliche verwertbare fachärztliche Gesamtsicht dazu, in welcher Weise die verschiedenen Krankheitsbilder des Beschwerdeführers interagieren bzw. wie sie sich in ihrer Gesamtheit auf die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf bzw. der angestammten Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit auswirken und inwiefern diese Tätigkeiten dem Beschwerdeführer zumutbar sind. Hinzu kommt, dass vorliegend ergänzende Abklärungen zur Statusfrage im Sinne der Erwägung 6.4.2 durch die Vorinstanz zu treffen sind, weshalb die Erstellung eines Gerichtsgutachtens ausser Betracht fällt und die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz anzuordnen ist.

6.7. Unter diesen Umständen verletzt die angefochtene Verfügung Bundesrecht und ist deshalb aufzuheben. In diesem Sinne wird die Beschwerde gutgeheissen. Die Angelegenheit wird an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen unter Zusammenstellung der vollständigen Akten, Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung und Vornahme weiterer Abklärungen zur Statusfrage den Sachverhalt ergänzend ermittelt und anschliessend neu über den Leistungsanspruch des Versicherten verfügt.

7.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

7.1. Weder der unterliegenden Vorinstanz noch dem obsiegenden Beschwerdeführer sind Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG), weshalb sich die mit Zwischenverfügung vom 22. März 2010 gewährte unentgeltliche Prozessführung als gegenstandslos erweist.

7.2. Der Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz für die ihm erwachsenen notwendigen Kosten, womit sich auch die gewährte unentgeltliche Verbeiständung als gegenstandslos erweist. Da

keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des aktenkundigen Aufwandes erscheint eine Entschädigung von pauschal Fr. 3'500.- als angemessen. Nicht zu entschädigen ist die Mehrwertsteuer (vgl. Art. 1 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 8 und 18 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes vom 12. Juni 2009 [MWSTG, SR 641.20]). Diese Entschädigung geht zu Lasten der Vorinstanz.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als dass die Verfügung vom 10. Juni 2009 aufgehoben und an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese gemäss den Erwägungen 6.4 – 6.7 den Sachverhalt neu ermittle und anschliessend neu über den Leistungsanspruch verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Dem Beschwerdeführer wird eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'500.- (exkl. MWST) zugesprochen, welche von der Vorinstanz zu leisten ist.

4.

Der Antrag des Beschwerdeführers auf unentgeltliche Rechtspflege wird als gegenstandslos abgeschrieben.

5.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...])
- das Bundesamt für Sozialversicherungen

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Susanne Flückiger

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss den Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) gegeben sind. Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: