



Abteilung III
C-6598/2016

Urteil vom 20. Mai 2019

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Richterin Caroline Bissegger,
Gerichtsschreiber Daniel Golta.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch Dominik Geisert, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV Invalidenrente;
Verfügung der IVSTA vom 28. September 2016.

Sachverhalt:**A.**

A._____ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer), geboren am (...) 1962, geschieden, wohnhaft in (...), Deutschland, absolvierte die Lehre und danach eine Meisterausbildung als Bäcker und Konditor und arbeitete bis 1989 in diesem Beruf, bis er wegen einer Mehlstauballergie die Tätigkeit aufgeben musste. Am 12. August 1992 meldete er sich bei der IV-Stelle des Kantons B._____ (nachfolgend IV-B._____) für Leistungen der Invalidenversicherung an. Mit mehreren Verfügungen bewilligte die IV-B._____ berufliche Massnahmen vom 16. August 1993 bis 30. Juni 1994, vom 22. August 1994 bis 30. Juni 1995 und vom 17. Juli 1995 bis 31. Januar 1996. Mit Verfügung vom 4. Juli 1996 nahm die IV-B._____ Bezug auf die erfolgte Kostengutsprache für die beruflichen Massnahmen vom 16. August 1993 bis 31. Januar 1996, nahm Kenntnis von deren Abschluss und der erfolgreichen Umschulung des Versicherten zum Büroangestellten / Technischen Kaufmann. Er gelte als wiederum voll vermittelbar. In der Folge arbeitete der Beschwerdeführer bis 15. Mai 2011 als Betriebsmitarbeiter / Pharmakant bei der C._____ in (...) und ab Juni 2011 für kurze Zeit für die D._____ AG in (...) (Vorakten der IVSTA [doc.] 1, 2, 4, 11, 30 S. 3 f., 39, 43).

B.

B.a Am 20. August 2015 stellte der Versicherte via die Deutsche Rentenversicherung E._____ einen Antrag auf (Gewährung einer) Invaliditätsrente (Eingang des ersten Formulars bei der Schweizerischen Ausgleichskasse [SAK] am 1. Februar 2016 [doc. 8], Eingang des zweiten Formulars bei der SAK am 19. November 2018 [B-act. 21 Beilage 2]). Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht, Stellungnahme von Dr. F._____ des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) Rhone vom 6. Juli 2016 und Einkommensvergleich vom 4. August 2016 teilte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA oder Vorinstanz) dem Versicherten mit Vorbescheid vom 10. August 2016 mit, sie beabsichtige, das Rentengesuch abzuweisen. Ihm sei die Ausübung einer leidensangepassten leichten Tätigkeit, unter Beachtung der funktionellen Einschränkungen, zu 100% möglich, woraus ein nicht anspruchsbegründender Invaliditätsgrad von 17% resultiere (doc. 58-60). Am 25. August 2016 erhob der Versicherte gegen diesen Vorbescheid einen Einwand und wies daraufhin, dass er gemäss Ärztlichem Attest von Dr. G._____ vom 10. August 2016 auch in angepasster Verweistätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei (doc. 64, 66). Nach Prüfung des

neuen Beweismittels hielt Dr. F. _____ des RAD Rhone mit Schlussbericht vom 22. September 2016 fest, das Attest weise nicht die Qualität eines Gutachtens auf und es sei weiterhin von der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit auszugehen. Die Vorinstanz verfügte daraufhin am 28. September 2016, das Rentengesuch werde abgewiesen (doc. 68, 69).

C.

C.a Am 24. Oktober 2016 erhob A. _____, vertreten durch Rechtsanwalt Dominik W. Geisert, (...), Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zuerkennung einer Invalidenrente, unter Kostentragung durch die Vorinstanz. In seiner Begründung machte er geltend, wie das Attest von Dr. G. _____ und ein eventualiter einzuholendes Gutachten aufzeige, sei der Beschwerdeführer nicht mehr erwerbsfähig, auch nicht in einer seinen Leiden angepassten Verweistätigkeit (Beschwerdeakten [B-act.] 1).

C.b In ihrer Vernehmlassung vom 30. November 2016 hielt die IVSTA – unter Bezugnahme auf die Stellungnahme von Dr. H. _____ ihres medizinischen Dienstes vom 17. November 2016 – fest, dass auch unter Berücksichtigung insbesondere der Berichte des Zentrums für Psychiatrie in (...) vom 13. Mai und 10. September 2015 eine angepasste Verweistätigkeit vollzeitlich ausgeübt werden könne. Die Beschwerde sei deshalb abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen (B-act. 3).

C.c Mit Replik vom 18. Januar 2017 beantragte der Beschwerdeführer die Anerkennung des Gutachtens von Dr. G. _____, andernfalls sei sie als Zeugin einzuvernehmen oder ein neutrales Sachverständigengutachten einzuholen (B-act. 9).

C.d In ihrer Duplik vom 7. Februar 2017 hielt die Vorinstanz an ihren Anträgen fest (B-act. 13).

C.e Mit Zwischenverfügung vom 16. März 2017 hiess das Bundesverwaltungsgericht das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gut, liess Rechtsanwalt Dominik W. Geisert als unentgeltlichen Rechtsbeistand im Verfahren zu, brachte dem Beschwerdeführer die Duplik der Vorinstanz zur Kenntnis und schloss den Schriftenwechsel ab (B-act. 15).

C.f Am 24. Juli 2017 nahm der Beschwerdeführer unaufgefordert zur Würdigung der verschiedenen medizinischen Beweismittel Stellung und hielt an seinen Verfahrensanträgen fest (B-act. 17).

C.g Am 23. April 2018 erkundigte sich der Beschwerdeführer nach dem Verfahrensstand (B-act. 19). Eine Antwort des Gerichts erfolgte am 26. April 2018 (B-act. 20).

C.h Mit Schreiben vom 22. November 2018 stellte die Vorinstanz dem Bundesverwaltungsgericht eine aktualisierte Rentenmeldung der Deutschen Rentenversicherung zum Gesuch vom 20. August 2015 mit der Bitte um Durchführung des zwischenstaatlichen Rentenverfahrens zu (B-act. 21).

D.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidungsfindung notwendig – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

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

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

1.3 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung vom 28. September 2016 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

1.4 Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 VwVG).

2.

2.1 Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201; in ihrer Fassung gültig ab 1. Januar 2015) ist zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern die IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

2.2 Vorliegend hatte der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt seines Rentengesuchs (20. August 2015) Wohnsitz in (...), Deutschland (doc. 8). Zudem war er gemäss Aktenlage zu diesem Zeitpunkt weiterhin als Grenzgänger tätig: gemäss Fragebogen für den Versicherten vom 31. März 2016 habe er zwar seine langjährige Tätigkeit als Pharmakant bei der C._____ am 15. Mai 2011 wegen mangelnder Auftragslage aufgegeben (doc. 39. S. 1). Den weiteren Lohnakten ist jedoch zu entnehmen, dass er ab Ende Mai oder anfangs Juni 2015 eine Anstellung bei der D._____ AG in (...) aufgenommen hatte. Obwohl die Akten bezüglich *Beginn* und *Ende* dieser Tätigkeit widersprüchliche Angaben enthalten (verbuchte Lohnzahlungen für die Monate Juni, August, September und November [doc. 43 S. 13], Arbeitsaufnahme gemäss Fragebogen für Arbeitgebende erst am 15. August 2011 [doc. 43 S. 9], Arbeitsbeendigung gemäss Kündigungsschreiben vom 12. September 2011 bereits per 14. September 2011 [doc. 43 S. 11]) lag zum Zeitpunkt der Rentenmeldung unzweifelhaft eine Grenzgängertätigkeit vor. Damit hätte gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV die IV-B._____ die Rentenmeldung zu prüfen und die IVSTA die Rentenverfügung zu treffen gehabt.

Wie den Akten weiter entnommen werden kann, hat die IV-B._____ im laufenden Verfahren mit Schreiben vom 30. Mai 2016 die Akten an die IVSTA zur weiteren Bearbeitung überwiesen mit dem Hinweis, die versicherte Person wohne im Zuständigkeitsbereich der IVSTA. Dem Schreiben ist zu entnehmen, dass die Wohnsitzadresse von (...) (Deutschland) nach (...) (Deutschland) gewechselt hat (doc. 49). Ein Wohnsitzwechsel vom Inland ins Ausland hat damit nicht stattgefunden. Damit hätte die IV-B._____ das Gesuch des Grenzgängers weiter instruieren müssen.

2.3 Ungeachtet dieses Mangels in der Beachtung der Zuständigkeitsregelung in Art. 40 Abs. 2 IVV ist die angefochtene Verfügung (zu Recht) von der IVSTA erlassen worden, hat der Beschwerdeführer diesen Mangel nicht gerügt und ist auch nicht ersichtlich, dass ihm hieraus ein Rechtsnachteil entstanden wäre. Der Rechtsmangel kann deshalb als geheilt erachtet werden (vgl. dazu Urteil des BVGer C-6143/2015 vom 8. Februar 2017 E. 2).

3.

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) anzuwenden ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage von Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

3.2 Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA). Demnach richtet sich die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

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

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

4.

4.1 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; BENJAMIN SCHINDLER, *in*: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2. Aufl. 2019, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

4.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 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. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

4.3 Die Behörde hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, BGE 124 V 90 E. 4b; Urteil des BGer 8C_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

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, 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 (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

4.5 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, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte 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 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 (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee und BGE 122 V 157 E. 1d).

4.6

4.6.1 Aufgabe des Regionalen Ärztlichen Dienstes (wie auch des ärztlichen Dienstes der IVSTA) ist es, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Der ärztliche Dienst hat die vorhandenen Befunde nach Massgabe des schweizerischen Rechts aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen. Dessen Stellungnahme kommt insbesondere dann besondere Bedeutung zu, wenn keine Berichte von Sachverständigen vorliegen, die mit den nach schweizerischem Recht erheblichen versicherungsmedizinischen Fragen vertraut sind, sondern eine Vielzahl von Berichten behandelnder sowie vom heimatischen Versicherungsträger beauftragter Ärztinnen und Ärzte (vgl. Urteil des BVer C-6027/2014 vom 8. Februar 2016 E. 3.2.1; vgl. auch Urteile des BVer C-5655/2015 vom 22. Juni 2017 E. 4.7 und C-7367/2016 vom 1. März 2018 E. 6.2.2).

4.6.2 Die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. oben E. 4.5) genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des BGer 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen können – wie Aktengutachten – beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer

9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.; vgl. auch Urteil C-7367/2016 E. 6.2.3).

5.

5.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung vom 6. Oktober 2006 (5. IV-Revision, AS 2007 5129). Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist.

Vorliegend hat der Beschwerdeführer während 238 bzw. 247 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, womit er die Mindestbeitragsdauer ohne Zweifel erfüllt (doc. 6, 37).

5.2 Damit bleibt zu prüfen, ob und wann eine Invalidität eingetreten ist.

5.2.1 Der Beschwerdeführer macht mit Beschwerde vom 24. Oktober 2016 geltend, die Vorinstanz habe seine Leiden nicht genügend berücksichtigt. Er nennt als relevante Leiden, die mit Funktionsbeeinträchtigungen verbunden seien: koronare Herzkrankheit, Stentimplantation, abgelaufener Herzinfarkt, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Spinalkanalstenose, Nervenwurzelreizerscheinungen, chronisches Schmerzsyndrom, seelische Störung, Schuppenflechte mit Gelenkbeteiligung, Kniegelenksveränderungen beidseits, chronische Magenschleimhautentzündung und Magengeschwürsleiden. Der Wirbelsäulenzustand habe sich seit neuerem erheblich verschlechtert. Wegen der Schuppenflechte mit Gelenkbeteiligung sei seine Einsatzfähigkeit schubweise nicht mehr gegeben, insbesondere auch, da die Fussflächen betroffen seien und er in diesen Phasen nicht gehen könne. In der Schubphase seien auch Büroarbeiten nicht mehr möglich, da die Handflächen ebenfalls massiv betroffen seien. Vor kurzem habe der Beschwerdeführer einen Magendurchbruch erlitten, der operativ habe behandelt werden müssen. Das Aufbrechen eines Magengeschwürs sei jederzeit wieder möglich, was zu lebensgefährlichen Blutungen führen könne. Er habe zudem zweimal einen Herzinfarkt erlitten, weshalb drei Stents implantiert worden seien. Derzeit sei in Überlegung, ob ein 4. Stent

notwendig sei. Körperlich sei es dem Beschwerdeführer wegen der Herzinfarkte nicht mehr möglich, überhaupt noch Belastungen anzugehen. Bereits beim normalen Spazierengehen müssten nach kurzer Zeit Pausen eingelegt werden. Aufgrund der Herzinfarkte seien die Muskulatur und die Atemwege unterversorgt. Hinzu komme eine massive Einschränkung des Gelenkapparates (Veränderungen der Wirbelsäule, des Bandscheibenbereichs und der Knie). Es sei von einer 100%-igen Einschränkung der Erwerbsfähigkeit auszugehen.

5.2.2 Die Vorakten enthalten – das Rentenverfahren betreffend (s. Sachverhalt Bst. B) – umfangreiche medizinische Berichte im Zeitraum von 2006 bis Ende 2015 (doc. 13-16, 18-30).

5.2.3 Im deutschen Rentenverfahren hat die Deutsche Rentenversicherung durch Dr. I. _____, Fachärztin für Innere Medizin/Rettungsmedizin, am 13. November 2015 ein Gutachten in Form eines Ausführlichen Ärztlichen Berichts (E 213) erstellen lassen. Dieser Bericht basiert auf einer eigenen Untersuchung des Beschwerdeführers am 6. November 2015, berücksichtigt als Vorakten einen Bericht von Dr. J. _____, Facharzt für Orthopädie in (...), vom 18. Januar 2008 (doc. 14), eine Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule vom 19. Februar 2008 (doc. 15), einen Bericht der Dres. K. _____ und L. _____ des Kreiskrankenhauses M. _____ zur stationären Behandlung vom 16. bis 20. August 2013 wegen erosiver Pangastritis und Magenulkus der Angulusfalte (doc. 22 S. 5), einen Vorläufigen Entlassungsbericht der Dres. N. _____ und O. _____ der Klinik für Innere Medizin des Kreiskrankenhauses M. _____ zur stationären Behandlung vom 16. bis 20. Januar 2015 wegen Infarktes der Hinterwand des Herzens (doc. 23 S. 1), zwei Berichte des Zentrums für Psychiatrie in (...) vom 13. Mai und 10. September 2015 betreffend einen Alkoholentzug vom 4. bis 11. Mai 2015 sowie 9. Juli bis 5. August 2015 (doc. 24, 25 S. 1), ein Röntgen der Knie beidseits vom 3. November 2015 (doc. 27 S. 1) sowie eine Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 4. November 2015 (doc. 27 S. 2).

In einer eingehenden Befundung anhand einer Ganzkörperuntersuchung hielt die Gutachterin ein unbeeinträchtigtes Gangbild fest, die sitzende Position sei während längerer Zeit ohne Klagen möglich. Die erschwerten Gangprüfungen seien durchführbar, jedoch leicht unsicher (Gang auf der Linie, Fersengang, Fussballengang; Ziff. 4.8.1). Der Einbeinstand sei etwas unsicher, die tiefe Hockposition könne vollständig eingenommen wer-

den. Beim Aufstehen erfolge ein Aufstützen auf Stuhl und Untersuchungs-
liege. Es liege eine relativ gut erhaltene Auslenkbarkeit der Wirbelsäule in
stehender Position vor, ebenso im Bereich Hals- und Rumpfwirbelsäule in
sitzender Position (normwertig). Die Schulter-, Ellenbogen- und Handge-
lenke seien normwertig auslenkbar, die Greiffunktion und Fingermotorik
seien beidseits erhalten. Es gebe keinen Fingertremor, die Auslenkbarkeit
von Hüft-, Knie- und Sprunggelenken sei normwertig. In der neurologi-
schen Untersuchung könnten keine segmentalen oder systemischen Defi-
zite festgestellt werden, der physikalische Herz- und Lungenbefund sei
ohne Auffälligkeiten. Die Blutdruckwerte lägen leicht über dem Normbe-
reich bei insgesamt zufriedenstellender Blutdruckeinstellung. Das *nach* zu-
rückliegendem Herzinfarkt erstellte Echokardiogramm zeige keine akuten
Durchblutungsstörungen, bei aktuell kardial asymptomatischem (ohne er-
kennbare Symptome) Versicherten. Der klinische Untersuchungsbefund
des Gefäßsystems sowie der Bauchorgane habe keine Auffälligkeiten er-
geben. In psychischer Hinsicht hielt sie fest, es gebe keine Hinweise auf
eine relevante pathologische (krankhaft veränderte) Stimmungsauslen-
kung oder Antriebsminderung, ebenso wenig Hinweise auf latente oder
manifeste suizidale Impulse. Festzustellen seien deutlich erhöhte Alkohol-
marker (CDT und ETG) bei normwertigen Leberfunktionswerten und nor-
malen Blutbildbefunden. Gestützt darauf erhob die Gutachterin folgende
Diagnosen: Alkoholabhängigkeit (Status nach qualifizierten Entzugsbe-
handlungen, derzeit Rückfall; F10.2), Koronare Herzerkrankung (1-Gefäß-
erkrankung, Status nach Hinterwandinfarkt, gefäßstützende Implantation,
dokumentierte globale Normalherzpumpfunktion; I25.1), chronisch dege-
neratives Lendenwirbelsäulen-Syndrom (Spinalkanalstenose, Bandschei-
benschädigung ohne neurologisches Defizit; M54.5), arterieller Bluthoch-
druck (derzeit medikamentös zufriedenstellend eingestellt; I10.9), fortbe-
stehende Nikotinabhängigkeit (hochfrequentes Zigarettenrauchen; F17.2),
Magenulkus-Erkrankung mit Status nach oberer gastrointestinaler Blutung
(Magenblutung), Psoriasis (Schuppenflechte; Hauptmanifestationsregion
derzeit: Fußsohlen beidseits), Gonarthralgien (belastungsabhängige
Kniegelenksschmerzen) derzeit ohne nachweisbares Defizit der Beweg-
lichkeit.

In Beurteilung der genannten Vorakten, der anamnestischen Angaben des
Beschwerdeführers (Ziff. 3.1: Medizinische Anamnese; Ziff. 3.2: Derzeit
vorrangige Beschwerden; Ziff. 3.3: Derzeitige Behandlung; Ziff. 3.4 Arbeits-
und Sozialanamnese [Seiten 2 - 4 des Gutachtens]), der eigens erhobenen
Befunde und der gestellten Diagnosen (s. oben) beurteilte sie die medizi-
nische Situation wie folgt: Die vorrangig relevanten Erkrankungen lägen

beim Versicherten auf suchtmedizinisch-psychiatrischem, internistischem, orthopädischem und dermatologischem Fachgebiet. Dokumentiert sei eine Alkoholkrankheit mit Zuspitzung im Mai und Juli 2015, weswegen sich der Versicherte in qualifizierter Entzugsbehandlung des Zentrums für Psychiatrie, (...), befunden habe. Beschrieben worden seien ausserdem suizidale Impulse, von denen sich der Versicherte im Verlauf der stationären psychiatrischen Behandlung habe distanzieren können. Zusätzlich bestehe eine Nikotinabhängigkeit. Darüber hinaus dokumentiert sei eine koronare Herzkrankung mit Status nach Myokardinfarkt und Stent-implantation, zuletzt im Januar 2015. In Ergänzung zur erfolgreichen koronarangiografischen Intervention sei eine echokardiographische Untersuchung erfolgt. Diese habe zwar Herzwandbewegungsstörungen im Basisbereich der Hauptkammer ergeben, jedoch eine normale globale Herzpumpfunktion, weitere Eingriffe seit Januar 2015 bis zum Untersuchungszeitpunkt (6. November 2015) bei klinisch stabilem Zustand seien nicht dokumentiert. Zusätzlich seien ein arterieller Bluthochdruck sowie ein Magenulkusleiden festgestellt worden, aufgrund einer Magengeschwürblutung sei eine invasive Intervention im Jahre 2013 erfolgt. Bekannt sei ausserdem ein chronisch degeneratives Lendenwirbelsäulenleiden mit Einengung des Spinalkanals sowie komplexem Bandscheibenschaden in Höhe L5/S1, bedarfsweise werde seither eine medikamentöse Behandlung mit Schmerzmitteln durchgeführt. Zusammenfassend sei von einem Alkoholrückfall ohne Anzeichen einer Lebersyntheseleistungsstörung auszugehen. Eine Besserung der Situation sei nicht zu erwarten. Eine manifeste Alkoholproblematik sei vom Versicherten geleugnet worden, eine weitere Behandlung sei deshalb nicht erfolgversprechend. Das Gehvermögen sei in relevantem Umfang erhalten, eine Fahrerlaubnis liege vor, ein eigener PKW stehe zur Verfügung.

Gestützt darauf führte sie zur Arbeitsfähigkeit aus, die letzte Tätigkeit als Pharmakant sei nicht mehr leidensgerecht. Leichte Tätigkeiten, überwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen, vorzugsweise in wechselnder Körperhaltung mit ausreichenden eigenen Ermessensspielräumen in allen Schichten seien in einem Zeitumfang von über sechs Stunden weiterhin leidensgerecht. Leistungseinschränkungen seien: keine den Rücken belastenden schweren und mittelschweren Hebelbelastungen, keine Tätigkeiten, die häufiges Bücken und längere Zwangshaltungen erforderten, keine Tätigkeiten auf stark unebenen Flächen mit Ausrutschgefahr, keine Tätigkeiten, die häufiges Treppensteigen sowie das Ersteigen von Leitern und Gerüsten erforderten, keine Tätigkeiten, die mit erhöhter Absturz- und Unfallgefahr einhergingen und erhöhte Stand- und Gangsicherheit erforderten, keine Tätigkeiten mit besonderer Verantwortung für Menschen und

Maschinen und die ein anhaltend erhöhtes Konzentrations- und Reaktionsvermögen erforderten sowie keine Tätigkeiten mit regelmässiger Nähe zu Suchtmitteln. Es liege eine qualitative, aber keine quantitative Leistungsminderung vor. Die Einschränkungen bestünden seit August 2015 (letzte konkrete Tätigkeit).

5.2.4 Festzuhalten ist, dass das Gutachten vom 13. November 2015 (basierend auf einer persönlichen Begutachtung am 6. November 2015) die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine Expertise erfüllt: Es erweist sich als ausführlich und begründet, unter Würdigung der zentralen und fachärztlich erstellten Vorakten, einer eingehenden Anamnese (sowohl in persönlicher, beruflicher als auch medizinischer Hinsicht), einer persönlichen Ganzkörperuntersuchung unter Berücksichtigung zentraler Untersuchungsbefunde bildgebender Art, stellt klare Diagnosen unter Codierung nach ICD-10, enthält eine klare und widerspruchsfreie Würdigung der medizinischen Einschränkungen und nennt die hieraus sich ergebenden Arbeitsfähigkeiten in der bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter / Pharmakant und in angepasster Tätigkeit unter Beachtung der funktionellen Einschränkungen. Es berücksichtigt zudem sämtliche vom Beschwerdeführer genannten Leiden. Das Gutachten weist daher volle Beweiskraft auf; darauf ist ohne Einschränkung abzustellen (vgl. E. 4.5).

5.2.5 In seiner Stellungnahme vom 6. Juli 2016 hat Dr. F. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin des RAD Rhone, in Würdigung des Gutachtens von Dr. I. _____ festgehalten, dass der chronische Alkoholmissbrauch im Vordergrund stehe. Weiter seien ein degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom und eine Koronare Herzkrankheit zu erwähnen. Die Beurteilung vom 6. November 2015 (Gutachten I. _____) sei in Berücksichtigung der Anamnesen und aktuellen Befunde mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100% im bisherigen Beruf, jedoch vollschichtiger Verweistätigkeit unter Beachtung nachgenannter Limitationen, medizinisch sehr gut nachvollziehbar. Eine Besserung sei bei persistierendem (fortbestehendem) Alkoholmissbrauch nicht mehr zu erwarten. Als Hauptdiagnose *mit* Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine persistierende Alkoholabhängigkeit (F10.2). Als Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine koronare 1-Gefässerkrankung mit normaler LVEF (Auswurfraction des Herzens) bei STEMI (Herzinfarkt mit länger anhaltenden ST-Hebungen [ST: Depolarisationsphase der Herzkammer, ST-Hebung: EKG-Infarktzeichen) am 25. Januar 2013 und NSTEMI (Herzinfarkt ohne typische, länger anhaltende ST-Hebungen) am 16. Januar 2015 (I25.1), ein

chronisch degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom mit Spinalkanalstenose bei Diskushernie L5/S1 ohne neurologisches Defizit (M54.5). Nebendiagnosen *ohne* Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: Hypertonie (I10.9), persistierender Nikotinabusus (F17.2), Magenulkuserkrankung mit Status nach Gastrointestinalblutung und Schock unter Antikoagulation (Erstdiagnose [ED] 7.4.2013; K25), Psoriasis vulgaris (ED 3.10.2007; L40.0) sowie Gonalgien beidseits bei diskreter medialer Gelenkspaltverschmälerung (M17.2). Die Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit betrage 100% ab dem 20. August 2015 (Rentenantrag), in einer Verweistätigkeit 0% seit jeher. Funktionelle Einschränkungen seien: Arbeitsposition sitzend-wechselnd, Heben von Gewichten bis max. 15 kg, keine schweren Arbeiten, keine Arbeiten mit Verantwortung für Personen und Maschinen, keine Leitern und Gerüste, keine Zwangshaltungen der Wirbelsäule, keine erhöhte Anforderung an Konzentration und Reaktionsfähigkeit (doc. 58). Es erweist sich, dass die Beurteilung des RAD-Arztes alle relevanten Diagnosen berücksichtigt, keine Widersprüche zur eingehenden Begutachtung durch Dr. I. _____ enthält und in ihrer Würdigung einleuchtend und nachvollziehbar ist. Auch dieser Beurteilung ist daher voller Beweiswert zuzusprechen (vgl. E. 4.6).

5.2.6 Hinzu kommt, dass sich am 17. November 2016 Dr. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der Vorinstanz, ergänzend aus psychiatrischer Sicht geäußert hat. In seiner Beurteilung hält er fest, die Stellungnahme von Dr. F. _____ sei auch unter Berücksichtigung insbesondere der psychiatrischen Berichte des Zentrums für Psychiatrie, (...), vom 13. Mai und 10. September 2015 zutreffend. Ausser den Diagnosen Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (F10.2) und Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom (F10.3) sowie der Diagnose Anpassungsstörungen (F43.1) werde zusätzlich die Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (F17.2) festgehalten. Der primäre und weiterdauernde Alkoholabusus sei in der Schweiz nicht rentenversichert. Die vom Zentrum für Psychiatrie gestellte Diagnose Anpassungsstörungen (F43.2) werde nicht näher spezifiziert (dazu gebe es acht Untergruppen) und stelle ein zeitlich limitiertes Vorkommnis dar, welches entsprechend keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit begründen könne. Auch das Abhängigkeitssyndrom von Tabak führe zu keiner psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeit. Weitere Pathologien seien nicht erwähnt. Damit könne festgehalten werden, dass aus rein psychiatrischer Sicht beim Versicherten keine Arbeitsunfähigkeit vorliege. Auch diese Beurteilung ist vollständig, nachvollziehbar und schlüssig. Die

Akten enthalten keine Hinweise darauf (und es wird vom Beschwerdeführer auch nicht substantiiert geltend gemacht), dass er in relevanter Weise psychisch erkrankt sei. Der Hinweis in der Beschwerde, er habe eine „seelische Störung“ wird nicht weiter konkretisiert. Gemäss bundesgerichtlicher Praxis sind funktionelle Einschränkungen auch im psychiatrischen Bereich im Rahmen einer Standardindikatorenprüfung zu ermitteln (BGE 143 V 409, 143 V 418). Hierauf kann verzichtet werden, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3). Eine solche Konstellation ist vorliegend gegeben, zumal den Vorakten keinerlei Hinweise auf eine frühere psychische Erkrankung zu entnehmen sind, der Bericht des Zentrums für Psychiatrie vom 10. September 2015 erstmals den Hinweis auf eine Anpassungsstörung und Suizidgedanken enthält, die im Zusammenhang mit der kurz vor der Einweisung des Beschwerdeführers erfolgten Wohnungsräumung gestanden seien, der Beschwerdeführer sich gemäss Bericht am Ende der stationären Behandlung von Suizidabsichten habe distanzieren können und von einer zeitlich vorübergehenden Einschränkung auszugehen ist. Bei dieser Sachlage kann auf die Standardindikatorenprüfung verzichtet werden.

5.2.7 Es liegen damit fachärztliche Beurteilungen sowohl auf somatischen als auch psychiatrischem Gebiet vor, womit eine umfassende und schlüssige Beurteilung durch den ärztlichen Dienst erfolgt ist.

5.3

5.3.1 Der Beschwerdeführer bestreitet im Beschwerdeverfahren unter Verweis auf ein Ärztliches Attest von Dr. G. _____ vom 10. August 2016, verfasst als Stellungnahme zuhanden des Sozialgerichts in (...), die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in Verweistätigkeiten. Es bleibt damit zu prüfen, ob das Attest geeignet ist, das vorliegend beweisrechtlich überzeugende Gutachten von Dr. I. _____ und die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes (RAD und medizinischer Dienst) in Zweifel zu ziehen.

5.3.2 Die Hausärztin hielt in ihrem Attest fest, dass sich der Kläger seit dem 17. August 2015 bis heute in ihrer Behandlung befinde, seither seien 18 Konsultationen erfolgt. Er klage regelmässig über Rückenschmerzen und Knieschmerzen seit der Erstkonsultation. Ursache der Knieschmerzen seien ausstrahlende Schmerzen von der Wirbelsäule ausgehend, weniger

die Arthrose der Kniegelenke. Es bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom. Bei der ersten Konsultation habe sie folgende Befunde erhoben: Lasègue bei 70° positiv beidseits, Blutdruck 180/100, Puls regelmässig, Herz und Lunge auskultatorisch ohne pathologischen Befund, Abdomen weich, Leber nicht vergrössert, tastbar, normale Darmgeräusche, kein Druckschmerz. Am 9. November 2015 habe der Kläger über ein Druckgefühl im Thoraxbereich bei starker körperlicher Anstrengung berichtet. Über die Folgen einer Alkoholabhängigkeit sei nie geklagt worden; A. _____ bagatellisiere diese Erkrankung. Ein massgebliches Leiden gebe es ihres Erachtens nicht, das Rückenleiden, die koronare Herzerkrankung und die Alkoholabhängigkeit seien in etwa gleich zu werten. Die Knieschmerzen beidseits und die Rückenschmerzen seien konstant und chronisch. Nach leichter körperlicher Anstrengung (z.B. zwei Stunden Hausarbeit) müsse A. _____ für eine Stunde abliegen, damit die Schmerzen abklingen könnten. Seit Anfang Oktober 2015 bestehe ein thorakales Druckgefühl. Bei starker Anstrengung in den letzten drei Monaten sei nicht mehr über dieses Druckgefühl berichtet worden, wahrscheinlich weil A. _____ sich hüte, sich allzu sehr körperlich anzustrengen. Die Alkoholabhängigkeit werde weiterhin bagatellisiert, obwohl diese Krankheit A. _____ im Juli 2015 in die Wohnungslosigkeit geführt habe. Er lebe auch jetzt nicht abstinente. Er habe aber seinen Bierkonsum nach stationärer Entzugsbehandlung vom 29. Juli bis 5. August 2015 deutlich reduzieren können. Zurzeit trinke er einige Biere am Tag. Er sei rasch ermüdbar und wenig belastbar. In Zusammenschau aller drei massgeblichen Erkrankungen d.h. der koronaren Herzerkrankung bei Zustand nach Herzinfarkt, der Spinalkanalstenose in Kombination mit einem Bandscheibenvorfall und hypertrophen Spondylarthrose mit Einengung des Recessus (Stelle, wo die Nerven das Rückenmark verlassen) L3/4, L4/5, L5/S1 und Kontakt zu beiden L4-Wurzeln sowie beidseits Gonarthrose (Kniegelenksarthrose) und Alkoholabhängigkeit schliesse sie eine körperlich leichte Berufstätigkeit in einem Umfang von sechs Stunden arbeitstäglich aus. Folgende Überweisungen seien durch sie erfolgt: Am 3. November 2015 zum Röntgen beider Knie, am 4. November 2015 zur Computertomographie der LWS, am 24. November 2015 zur kardiologischen Kontrolle bei Dr. P. _____, (...), und am 29. Juli bis 5. August 2015 in die Klinik für Suchtmedizin in (...).

5.3.3 Hierzu ist festzuhalten, dass das Attest keine Gutachtensstruktur aufweist, sondern (nur) der Ärztin unterbreitete Fragen beantwortet. Es erfolgt keine Berücksichtigung vorhandener Vorakten. Das Attest enthält keine eingehende berufliche und persönliche Anamnese, sondern stellt aus-

schliesslich auf eigene Feststellungen der Hausärztin aufgrund ihrer langjährigen persönlichen Behandlung des Beschwerdeführers ab. Es enthält – wenn überhaupt – nur eine rudimentäre Befundung, die Würdigung der medizinischen Situation erfolgt teilweise anhand subjektiver Aussagen des Beschwerdeführers, berücksichtigt keine abweichenden ärztlichen Einschätzungen (bspw. den Bericht E 213), enthält keine umfassende Diagnosenstellung mit Codierung nach ICD-10 und die Diagnosen werden nicht weiter hergeleitet. Es erfolgt zudem keine eingehende Begründung der Arbeitsfähigkeitsschätzung und insbesondere keine Diskussion, weshalb die (ausschliessende) Arbeitsfähigkeitsschätzung auch für leichte, angepasste Tätigkeiten gelten sollte. Dem Attest kann daher – entgegen der Sichtweise des Beschwerdeführers – keine Beweiskraft im vorliegenden Verfahren zukommen und vermag das Gutachten von Dr. I. _____ nicht in Zweifel zu ziehen (vgl. Urteile des BGer 9C_556/2012 vom 25. Februar 2013 E. 5.3 und 8C_328/2007 vom 5. Juni 2008 E. 4.4.2). Ergänzend kann auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts verwiesen werden, wonach den Berichten von Hausärzten aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten nur beschränkter Beweiswert zukommt (BGE 125 V 353 E. 3b.cc). Schliesslich ist festzuhalten, dass die Deutsche Rentenversicherung im Widerspruchsverfahren mit Entscheid vom 13. Mai 2016 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint und sein Rentengesuch abgewiesen hat (doc. 48). Bis zum Urteilszeitpunkt hat der Beschwerdeführer nicht vorgebracht, es sei bezüglich der Beurteilung durch die Deutsche Rentenversicherung zwischenzeitlich zu einer Änderung gekommen. Auch der Nachmeldung der Deutschen Rentenversicherung, E. _____, vom 9. November 2018 ist nichts Gegenteiliges zu entnehmen: Mit genanntem Schreiben wurde der Vorinstanz erneut die Rentenmeldung vom 20. August 2015 übermittelt und um Durchführung des zwischenstaatlichen Verfahrens gebeten, jedoch auf keine veränderte Sachlage im Rentenverfahren hingewiesen (B-act. 21 Beilage 2).

5.4 Zu prüfen bleibt die invalidenrechtliche Würdigung der Suchtkrankheit(en) des Beschwerdeführers.

5.5 Alkoholismus begründet in der Schweiz nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts keine Invalidität. Dagegen wird eine solche Sucht im Rahmen der Invalidenversicherung bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. Urteil 8C_663/2017

E. 3.3). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichende schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. 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 (vgl. Urteil des BGer 8C_906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2 mit Hinweisen).

5.6 Vorliegend ist aufgrund des beweiskräftigen Gutachtens und der übrigen Akten nicht zu erkennen und wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht, dass sein Alkoholmissbrauch Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens sei, welchem Krankheitswert zukommt. Des Weiteren ergeben sich aus den Akten auch keine Hinweise darauf, dass der Alkoholmissbrauch beim Beschwerdeführer eigenständige körperliche Erkrankungen mit längerdauernder Arbeitsfähigkeit zur Folge gehabt hätte. So hielt Dr. I. _____ in ihrem Gutachten vom 13. November 2015 in der Befundung fest, es bestünden deutlich erhöhte Alkoholmarker (CDT und ETG) bei normwertigen Leberfunktionswerten und normalen Blutbild-Befunden. Zusammenfassend sei von einem Alkoholrückfall ohne Anzeichen einer Lebersyntheseleistungsstörung auszugehen (doc. 30 S. 9). Soweit in den Berichten des Zentrums für Psychiatrie, (...), vom 13. Mai und 10. September 2015 eine Alkoholgastritis diagnostiziert wird, ist der Beschwerdeführer auf seine Schadenminderungspflicht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG I 638/02 vom 3. Juli 2003 E. 1) zu verweisen, zumal die Behandlung dieser Erkrankung u. a. mit der Einstellung des die Magenschleimhaut reizenden Alkoholkonsums einhergeht (vgl. < <https://www.alkoholtherapie.net/alkoholische-gastritis/> > und < <http://de.symptomed.com/krankheiten/gastritis> >, abgerufen am 29. März 2019). Damit erweisen sich die Alkoholsucht und ihre Folgen als nicht beachtlich im vorliegenden Rentenverfahren. Nichts anderes ergibt sich für die mehrfach diagnostizierte Tabaksucht.

5.7 Schliesslich kann festgehalten werden, dass seit der Begutachtung durch Dr. I. _____ auch keine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation aktenkundig eingetreten ist, wie der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Beschwerdebegründung ausführt.

5.8 Damit bleibt festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in einer den funktionellen Einschränkungen angepassten leichten Verweistätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aufweist. Die Aktenlage ist umfassend und weist keine Lücken auf; die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden sind berücksichtigt. Auf den Antrag auf Einholen einer „Ergometerbelastung“, auf Zeugenbefragung von Dr. G. _____ und/oder Einholen einer neutralen Fachbegutachtung kann deshalb in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (E. 4.3).

6.

6.1 Damit bleibt der Einkommensvergleich vom 4. August 2016 zu überprüfen (doc. 59), der einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 17% ergeben hat (doc. 69; zur Rundung vgl. BGE 130 V 121). Der Beschwerdeführer hat den Einkommensvergleich nicht bestritten.

6.2

6.2.1 Die Vorinstanz hat – unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer in der Schweiz zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pharmakant zur Vergleichbarkeit der Löhne auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Dies ist nicht zu kritisieren, zumal der Beschwerdeführer in den Jahren vor seiner Arbeitsaufgabe in der Schweiz mit Einsatzverträgen der Q. _____ AG (Personalverleih) in der C. _____ tätig war und zuletzt von der D. _____ AG (Personalverleih) in (...) unregelmässig beschäftigt wurde (vgl. E. 2.2 und doc. 57). Als *Valideneinkommen* berücksichtigte die Vorinstanz Tätigkeiten im Sektor Produktion (Skalen 05-43; Bruttolohn eines Arbeitnehmers auf Kompetenzniveau 1, zu 40 Std./Woche [Fr. 5'394.–], angepasst an die in der Branche übliche Arbeitszeit von 41.4 Stunden: Fr. 5'582.79 [Fr. 5'394.– / 40 x 41.4]).

6.2.2 Als *Invalideneinkommen* hielt sie entsprechend dem positiven und negativen Leistungsprofil leichte und angepasste Tätigkeiten für Männer auf dem Kompetenzniveau 1, zu 40 Std./Woche, im privaten Sektor allgemein (von Fr. 5'210.–), unter Berücksichtigung der branchenüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Fr. 5'431.43.– [Fr. 5'210.– / 40 x 41.7]) und zusätzlicher Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 15% insbesondere

wegen „der Zumutbarkeit (100%) der Verweisungstätigkeiten, der schweren Funktionseinschränkungen verbunden mit dem Gesundheitsschaden, des Alters des Versicherten“, fest. Dieser Leidensabzug ist begründet und erscheint angemessen (BGE 126 V 75 E. 5b.bb-cc). Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 4'616.72 (Fr. 5'431.43 / 100 x 85).

6.2.3 Hieraus resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 966.07, entsprechend 17.30% ($[100 / \text{Fr. } 5'582.79 \times \text{Fr. } 966.07]$; gerundet 17%) des Valideneinkommens. Dieser Invaliditätsgrad gibt keinen Anspruch auf eine Rente.

6.3 Werden die Lohndaten der LSE 2014 berücksichtigt (vgl. BGE 142 V 178, Urteil des BGer 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2), aufindexiert auf das Jahr 2016 (vorliegend frühestmöglicher Anspruchsbeginn für eine Rente, vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG; Indexwerte «Sektor 2 Produktion» für 2014: 103.2, für 2016: 104.2), ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 5'722.58 (Fr. 5'476.- [Männer, Kompetenzniveau 1] / 40 Std./Woche x 41.4 Std./Woche / 103.2 x 104.2). Dem steht ein wie folgt berechnetes Invalideneinkommen gegenüber: privater Sektor, leichte Tätigkeiten, Männer, Kompetenzniveau 1, zu branchenüblicher Arbeitszeit von 41.7 Std./Woche, im privaten Sektor allgemein, ergebend einen Lohn von Fr. 5'591.42 (Fr. 5'312.- / 40 x 41.7 / 103.2 x 104.2). Unter zusätzlicher Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 15% ergebend Fr. 4'752.71 [$5'591.42 / 100 \times 85$]. Daraus resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 969.87 (Fr. 5'722.58 – Fr. 4'752.71) und damit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 16.95% ($100 / \text{Fr. } 5'722.58 \times \text{Fr. } 969.87$), gerundet 17%. Dieser Invaliditätsgrad ergibt (wie oben erwähnt) keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

7.

Damit ist die Beschwerde vom 24. Oktober 2016 vollumfänglich abzuweisen und die Verfügung vom 28. September 2016 zu bestätigen.

8.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

8.1 Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hätte der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Da ihm jedoch mit Zwischenverfügung vom 16. März 2017 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, sind ihm keine Verfahrenskosten aufzuerlegen.

8.2 Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

8.3 Dem Anwalt des unterliegenden Beschwerdeführers ist infolge Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung ein amtliches Honorar aus der Gerichtskasse auszurichten (Art. 65 Abs. 2 VwVG). Der Anwalt hat keine Kostennote eingereicht, weshalb das Honorar unter Berücksichtigung des als notwendig zu erachtenden Aufwands im Beschwerdeverfahren (dreiseitige Beschwerdeeingabe, Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege, einseitige Stellungnahme vom 18. Januar 2017, zweieinhalbseitige Replik; nicht berücksichtigt werden die unaufgeforderte Eingabe vom 24. Juli 2017 und die Nachfrage zum Verfahrensstand) auf Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen) festzusetzen ist.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn er zu hinreichenden Mitteln gelangt (Art. 65 Abs. 4 VwVG).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten auferlegt.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wird ein amtliches Honorar von Fr. 2'800.– aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

5.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein; Beilage im Original: Formular Zahladresse; Beilage in Kopie: Überweisungsschreiben der IVSTA vom 22.11.2018 inkl. Beilagen [B-act. 21])
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber

Daniel Golta

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). 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 die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: