

# **BVGer B-5127/2012 vom 27. November 2014**

Bundesverwaltungsgericht, 2014-11-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_B-5127\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-5127_2012)

FR: TAF B-5127/2012 du 27 novembre 2014

IT: TAF B-5127/2012 del 27 novembre 2014

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der schweizerischen IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA. Im Streit liegt die Verfügung der IVSTA (Vorinstanz) vom 29. August 2012. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG besteht nicht. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.2**

Der Streitgegenstand eines Beschwerdeverfahrens bestimmt sich nach dem durch den erstinstanzlichen Entscheid geregelten Rechtsverhältnis, soweit es vom Beschwerdeführer angefochten wird. Der erstinstanzliche Entscheid steckt damit den Rahmen des möglichen Streitgegenstands ab. Der Streitgegenstand kann zwar nicht über diesen Rahmen hinausgehen, doch braucht er ihn auch nicht auszufüllen. Anfechtungsgegenstand und Streitgegenstand sind identisch, wenn der vor-instanzliche Entscheid insgesamt angefochten ist (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts B-784/2007 vom 15. Januar 2008 E. 2.1; BGE 131 V 164 E. 2.1; 130 V 501 E. 1.1). Damit bildet vorliegend die angefochtene Verfügung vom 29. August 2012 den Anfechtungs- und somit den maximal zulässigen Streitgegenstand. Vorweg ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz in dieser Verfügung eine für Revisionsverfügungen übliche Formulierung verwendet hat. Vorliegend ist indessen das erste Leistungsgesuch des Beschwerdeführers zu beurteilen. Eine vorangehende Verfügung der Vorinstanz vom 25. Juni 2010, mit welcher diese dem Beschwerdeführer eine Viertelsrente rückwirkend ab dem 1. Juli 2009 zugesprochen (und die dazugehörigen Kinderrenten wegen Überversicherung gekürzt) hatte, hob das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-5619/2010 vom 28. März 2011 auf (vgl. Sachverhalt Bst. D). Auch wenn der Beschwerdeführer aufgrund der vormaligen Verfügung der Vorinstanz vom 25. Juni 2010 bereits (allenfalls rückwirkende) Rentenleistungen bezogen haben mag, wurden dem Beschwerdeführer unmittelbar vor Erlass der vorliegenden angefochtenen Verfügung vom 29. August 2012 keine Rentenleistungen entrichtet. Die Formulierung der angefochtenen Verfügung der Vorinstanz erweist sich unter diesen Umständen als missverständlich. Aus dem Kontext mit dem Vorbescheid vom 9. Juli 2012, mit welchem die Vorinstanz dem Beschwerdeführer die Leistung einer Viertelsrente ab dem 1. Juli 2009 in Aussicht gestellt hat, ist der

angefochtene Entscheid als Bestätigung jener in Aussicht gestellten Rentenleistung zu verstehen. Indessen hat sich die Vorinstanz weder zur Rentenhöhe noch zum Anspruch auf allfällige akzessorische Kinderrenten respektive deren Kürzung ausgesprochen. Die Formulierung der Vorinstanz kann hingegen nicht in dem Sinne verstanden werden, dass diese die durch das Bundesverwaltungsgericht aufgehobene Verfügung vom 25. Juni 2010 faktisch wieder aufleben liesse. Streitgegenstand und vom Bundesverwaltungsgericht zu überprüfen ist damit vorliegend ausschliesslich, ob die Vorinstanz dem Beschwerdeführer zu Recht mit Wirkung ab dem 1. Juli 2009 eine Viertelsrente zugesprochen hat. Sobald die allfälligen Rentenansprüche des Beschwerdeführers feststehen, wird die Verwaltung gegebenenfalls ausserdem über den akzessorischen Anspruch auf Kinderrenten (sowie deren allfällige Kürzung wegen Überentschädigung) im Sinne von Art. 35 IVG zu befinden haben. Gegen diesen Entscheid steht dem Beschwerdeführer in der Folge erneut der Beschwerdeweg offen. Der Beschwerdeführer hat aus diesem Grund seinen Antrag, die Kinderrenten seien ihm ungekürzt auszurichten, im vorliegenden Beschwerdeverfahren verfrüht gestellt. Dieser stellt demnach eine unzulässige Erweiterung des Streitgegenstandes dar, weshalb in dieser Hinsicht auf die Beschwerde nicht einzutreten ist.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer ist als Adressat der Verfügung vom 29. August 2012 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) beschwerdelegitimiert ist.

### **E. 1.4**

Auf die im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren VwVG; SR 172.021) eingereichte Beschwerde ist, nachdem der einverlangte Kostenvorschuss rechtzeitig überwiesen wurde, im dargelegten Umfang (E. 1.2) einzutreten.

## **E. 2**

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

### **E. 2.1**

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 29. August 2012) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Dies gilt jedoch nicht für Berichte, die mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

### **E. 2.2**

Weiter sind in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.1, BGE 132 V 215 E. 3.1.1).

Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel auf Grund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445).

### **E. 2.3**

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger und lebt in Österreich, 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) zur Anwendung gelangt. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.11; nachfolgend: Verordnung Nr. 574/72), oder gleichwertige Vorschriften an. 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). Dass die im FZA erwähnten Verordnungen - insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) - 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 sind, ändert vorliegend an der Geltung des schweizerischen Rechts nichts (vgl. hierzu auch Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B-194/2013 vom 22. Juli 2013 E. 3.1, B-8566/2010 vom 15. August 2013, E. 6.1 und C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Nach Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen einzelnen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch im Geltungsbereich des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

### **E. 2.4**

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 Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

## **E. 2.5**

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).

## **E. 3**

Wie bereits in E. 1.2 dargelegt, hat die Vorinstanz dem Beschwerdeführer mit der angefochtenen Verfügung vom 29. August 2012 eine Viertelsrente mit Wirkung ab dem 1. Juli 2009 zugesprochen. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren verlangt der Beschwerdeführer die Zuspreehung einer ganzen Rente mit Wirkung ab dem 1. Juli 2009. Die Vorinstanz beantragt demgegenüber die Abweisung des Leistungsgesuchs des Beschwerdeführers, in Abänderung der angefochtenen Verfügung (*reformatio in peius*). Zu prüfen ist deshalb im vorliegenden Beschwerdeverfahren, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang der Beschwerdeführer invalid im Sinne des Gesetzes (geworden) ist.

### **E. 3.1**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a, 29 IVG) und beim Versicherungsfall mindestens während dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen in den Jahren 1977 bis 1985 Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, so dass die zeitliche Voraussetzung für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente zweifelsohne erfüllt ist. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang sowie ab wann der Beschwerdeführer als invalid im Sinne des Gesetzes zu betrachten ist.

### **E. 3.2**

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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).

#### **E. 3.2.1**

Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Hiernach haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Bst. c).

### **E. 3.2.2**

Die 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 Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 Prozent entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft, denen bei einem Invaliditätsgrad ab 40 Prozent eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft Wohnsitz haben.

### **E. 3.2.3**

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222, 128 V 174; SVR 2003 IV Nr. 11 E. 3.1.1).

### **E. 3.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten aufgrund 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 [heute: Bundesgericht])

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).

### **E. 3.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 3.4.1**

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 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

#### **E. 3.4.2**

Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten 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 spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des Bundesgericht 9C\_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

### **E. 4**

Aus den wichtigsten der in den Akten befindlichen, zahlreichen medizinischen Berichten ergibt sich Folgendes:

#### **E. 4.1**

Im radiologischen Befund vom 16. Juli 2008 beschrieb Prim. Dr. K.\_\_\_\_\_ die nachfolgenden Befunde, welche er einer MR-Tomografie der Halswirbelsäule entnahm: · geringe Osteochondrose und Uncovertebralarthrose im Segment C3/C4; · flache dorso-mediane Diskushernie ohne Bedrängen neuraler Strukturen sowie eine mässige Spondyloosteochondrose und Uncovertebralarthrosen im Segment C4/C5; · flache, verkalkte dorso-mediane bis links-medio-laterale Diskushernie mit flankierender Retrospondylose und ventralem Tangieren des Myelons ohne Impression sowie eine deutliche Osteochondrose, mässige Uncovertebralarthrosen und Spondylarthrosen mit mittelgradiger Foramenstenose links im Segment C5/C6; · breitbasiger, teilweiser verkalkter dorso-medianer Diskusprolaps, der das Myelon ventral minimal imprimiert, sowie eine beträchtliche Spondyloosteochondrose, Uncovertebralarthrosen und Spondylarthrosen mit mittelgradigen beidseitigen Foramenstenosen im Segment C6/C7; · mässige sekundäre Stenose in der Spinalkanalweite; · minimale ventrale Impression im Segment C6/C7 bei normaler Binnenstruktur im Myelon (Doc n° 12).

#### **E. 4.2**

Im ärztlichen Gutachten zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle (...) in E.\_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2009 stellte Dr. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, nach einer kurzen Anamneseerhebung die folgenden Diagnosen als Hauptursache der Minderung der Erwerbsfähigkeit: · cervicaler Diskusprolaps C6/C7 mit Schmerzprojektion in das Dermatom C6 und angegebene Hypästhesie im Dermatom C5 beidseits - starker Reizzustand trotz hochdosierter analgetischer Therapie (ICD-10 M50.2); · Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (mittelschwer bis schwer; ICD-10 F43.2). Als weiteres Leiden führte er auf: · berichtete Sensibilitätsstörung an der rechten Oberschenkelvorderseite, Verdacht auf meralgia paraesthetica (anhand der vorliegenden Bildgebung Hinweis auf morphologisches radikuläres Substrat). Im Vordergrund stehe eine Funktionseinschränkung im Rahmen der nachvollziehbaren, hochgradig ausgeprägten Schmerzproblematik trotz hochdosierter analgetischer Therapie. Der Versicherte könne noch leichte Arbeiten unter geringem Zeitdruck, bei geringer psychischer Belastbarkeit und einfachen geistigen Anforderungen, unter Ausschluss von Nacht-, Schicht- und Akkordarbeit sowie berufsbedingtem Lenken eines Kraftfahrzeuges bewältigen. Demgegenüber seien höhen- und allgemein exponierte Arbeiten aufgrund der Nebenwirkungen der analgetischen Therapie nicht zumutbar. Unzumutbar seien ebenfalls schwere Hebe- und Trageleistungen. Fallweise seien leichte Hebe- und Trageleistungen bis fünf Kilogramm noch möglich (Doc n° 26).

#### **E. 4.3**

Aus dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_\_, Ärztin für Allgemeinmedizin, vom 27. Januar 2009 im Formular E 213 (abgesehen am 28. Januar 2009 durch die Obergutachterin Dr. C.\_\_\_\_\_), geht hervor, dass der Versicherte im Jahr 2003 in der Lendenwirbelsäule sowie im Jahr 2005 in den Segmenten L3 bis S1 zwei Bandscheibenvorfälle erlitten habe. Im Jahr 2005 seien eine Hernie im Segment L4/L5 sowie (anlässlich eines Spitalaufenthaltes) weitere Bandscheibenprobleme entdeckt worden. Ausserdem beklage der Versicherte Gefühlsstörungen der rechten Oberschenkelaußenseite und der Oberarme sowie

Hinterkopfschmerzen. Überdies seien chronische Halswirbelsäulenprobleme bekannt. Infolge von Hernien im Segment C4/C6 sowie eines Bandscheibenvorfalles im Segment C6/C7 sei ein weiterer Krankenhausaufenthalt ab dem 2. Februar 2009 geplant. Insgesamt stellte Dr. D. \_\_\_\_\_ die nachfolgenden Diagnosen: · cervicaler Diskusprolaps im Segment C6/C7 mit Schmerzprojektion in das Dermatom C6 und angegebene Hypästhesie im Dermatom C5 beidseits - starker Reizzustand trotz hochdosierter analgetischer Therapie; · Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (mittelschwer bis schwer). Als weitere Leiden führte sie auf: · berichtete Sensibilitätsstörung an der rechten Oberschenkelvorderseite, Verdacht auf meralgia paraesthetica (anhand der vorliegenden Bildgebung Hinweis auf morphologisches radikuläres Substrat); · chronische Magenbeschwerden bei Zustand nach Magengeschwür, · grenzwertige arterielle Hypertonie; · Leistenhernie rechts - Operation geplant; · Übergewicht (BMI 29.5). Der Versicherte sei hauptsächlich aufgrund der hochgradig ausgeprägten Schmerzsymptomatik eingeschränkt, trotz hochdosierter analgetischer Therapie. Derzeit sei er nur für ständig leichte Arbeiten, überwiegend im Sitzen, Stehen und Gehen einsetzbar. Auszuschliessen seien das Lenken eines Kraftfahrzeuges, Höhenexposition, allgemein exponierte Arbeiten, mittelschwere und schwere Hebe- und Trageleistungen, sämtliche Zwangshaltungen, reine Bildschirmarbeit (fallweise sei diese indessen möglich; vgl. die angekreuzten Positionen bei den ergänzenden Fragen), Nacht- und Schichtarbeit. Nur teilweise zumutbar seien Arbeiten im Freien, unter starker Lärmeinwirkung, leichte Hebe- und Trageleistungen, Kundenkontakt und Klimaexposition. Demgegenüber sei eine berufliche Tätigkeit mit geringem Zeitdruck, geringer psychischer Belastung und leichteren geistigen Anforderungen zumutbar. Am Arbeitsplatz, nicht aber für die Arbeit zu Hause, sei der Beschwerdeführer auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen (Doc n° 5).

#### **E. 4.4**

Der Neurologe Univ. Prof. Prim. Dr. M. \_\_\_\_\_ stellte im Arztbericht vom 4. März 2009 die nachfolgenden Diagnosen: · Depression; · Cervicalgie mit Schmerzausstrahlung ins Dermatom C5 rechts bei Discusprolaps C5/C6 rechts mit diskreter Myelonimpression; · Dorsolumbalgie mit Schmerzausstrahlung ins Dermatom L3 rechts bei Discusprolaps L2/L3 rechts sowie Discusprolaps L4/L5 (Doc n° 13).

#### **E. 4.5**

Am 6. September 2010 führte das Krankenhaus Barmherzige Schwestern in E. \_\_\_\_\_ eine Gastroskopie/HP durch und diagnostizierte hiernach eine stark ausgeprägte, chronische Antrumgastritis vom Typ der B-Gastritis (helicobacterassoziert) zweiten Aktivitätsgrades sowie eine foveoläre Hyperplasie. Im Weiteren liege eine Helicobacter pylori-Infektion vor (Doc n° 51).

#### **E. 4.6**

Im radiologischen Befund vom 12. Oktober 2010 beschrieb Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_ die nachfolgenden Befunde, welche er einer MR-Tomografie der Halswirbelsäule entnommen habe: · unauffällige Segmente C0-C4; · Discusbulging ohne Myelonbedrängung sowie geringe Osteochondrose im Segment C4/C5; · flache, dorso-mediane bis beidseitig links-medio-laterale Diskushernie ohne Myelonbedrängung, mittelgradige Spondyloosteocondrose mit Uncovertebralarthrosen sowie beidseitige Spondylarthrosen und geringe knöcherne Neuroforamenstenose links im Segment C5/C6; · breitbasige, dorso-mediane bis beidseits dorso-laterale Diskushernie ohne Myelonbedrängung, deutliche

Spondyloosteoarthrose mit Uncovertebralarthrosen sowie Spondylarthrosen beidseits und beidseits mittelgradige knöcherner Neuroforamenstenose im Segment C6/C7; · unauffälliger Discus sowie Osteoarthrose in den Segmenten C7/TH1; · primär regelrechte, sekundär segmentale Stenosen im Segment C5-C7 (Discushernien) mit minimaler sagittaler Weite von jeweils 10 Millimeter in der Spinalkanalweite. Eine MR-Tomografie der Lendenwirbelsäule habe folgende Befunde ergeben: · mässige Osteoarthrose in den Segmenten TH12-L2; · Discusbulging ohne Wurzelbedrängung sowie Osteoarthrose im Segment L2/L3; · flache dorso-mediane bis beidseits dorso-laterale Discushernie mit mässigem vertebralem Tangieren beider Wurzeln L4 am Duralsackabgang, geringe Spondyloosteoarthrose und beidseitige incipiente Spondylarthrosen im Segment L3/L4; · dorso-laterale Discushernie rechts ohne Wurzelbedrängung, geringe Spondyloosteoarthrose und beidseitige Spondylarthrosen im Segment L4/L5; · dorso-mediane Discushernie mit ventralem Tangieren der linken Nervenwurzel S1 am Duralsackabgang, mässige Osteoarthrose und beidseitige Spondylarthrosen in den Segmenten L5/S1 (Doc n° 54).

#### **E. 4.7**

Im Bericht vom 15. Oktober 2010 (Formular E 213) erklärte Dr. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für innere Medizin und Lungenkrankheiten, die Halswirbelsäule sei eingeschränkt beweglich, die Brust- und Lendenwirbelsäule wiesen eine Klopfdolenz entlang der gesamten Wirbelsäule auf, besonders in den Segmenten L4/L5 und L5/S1. Das Iliosakralgelenk sei nicht gereizt. In den unteren Gliedmassen zeige sich eine Varikosität, eine seitliche Hypästhesie am rechten Oberschenkel (Meralgia paraesthetica oder Dermatome?), eine beidseitige palpable Pulsation der Art. geforalis sowie eine Sensibilität. Insgesamt stellte er folgende Diagnosen: · cervicaler Diskusprolaps in den Segmenten C6/C7 und C5/C6 mit diskreter Myelonimpression mit sensibler Radicopathie C5 beidseits und im Dermatome C6 rechts; · Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, mittelschwer bis schwer; · grenzwertige arterielle Hypertonie; · Übergewicht; · chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD) nach langjährigem Nikotinabusus. Der Versicherte könne nur noch leichte Arbeiten verrichten, fallweise im Freien, nicht aber auf Höhen oder allgemein exponiert. Fallweise sei Kälte-, Nässe- oder Hitzeexposition, jedoch keine Nacht-, Akkord- oder Schichtarbeit, zumutbar. Kundenkontakt sei gelegentlich möglich. Die zumutbare Arbeit müsse unter geringem Zeitdruck und mit geringer psychischer Belastbarkeit erledigt werden können. Bildschirmarbeit sei dem Versicherten möglich. Er könne die Arbeit sowohl am Arbeitsplatz als auch zu Hause ohne die Hilfe einer anderen Person verrichten (Doc n° 39).

#### **E. 4.8**

Im radiologischen Befund vom 29. März 2011 stellte Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_ nach der Durchführung einer MR-Tomografie des linken Kniegelenks eine kleine, oberflächliche, spitzennahe Ruptur des lateralen linken Meniskusvorderhorns fest. Die Knorpelbezüge wiesen eine Chondropathie des medialen Femurcondylus und des Tibiaplateaus zweiten bis dritten Grades sowie des lateralen Kompartements ersten bis zweiten Grades auf. Auch im Femorpatellargelenk läge eine Chondropathie der Patella und des femoralen Patellagleitlagers ersten bis zweiten Grades vor. Daneben hätten sich ein Gelenkserguss und prä-/infrapatellare, subcutane Ödemzonen gezeigt (Doc n° 53)

#### **E. 4.9**

Im psychiatrischen Gutachten vom 9. Januar 2012 befand die Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. J. \_\_\_\_\_, es lägen keine psychiatrische Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Als Diagnose ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte sie eine Anpassungsstörung (längere depressive Reaktion, ICD-10 F 43.21), die in der Zeit nach der Aufgabe der Tätigkeit als Koch von Herbst 2008 bis ca. im Sommer 2010 vorgelegen habe. So habe der Versicherte teilweise auf die Schmerzen, vor allem aber auf den Verlust seiner Arbeitsfähigkeit im Beruf mit einer leichten depressiven Verfassung reagiert. Er habe sich mit seinem Beruf stark identifiziert und Pläne als selbständiger Gastronomieunternehmer geschmiedet. Durch den Rückhalt seiner Familie und den Rollentausch mit seiner Ehefrau habe er sich jedoch von seiner depressiven Verfassung erholen können. Gelegentliche Suizidgedanken vermöge er rational gut zu kontrollieren. Zurückgeblieben sei eine anhaltende, leicht depressive Stimmungslage, die teilweise auf die chronischen Schmerzen, teilweise auf seine Einschränkungen im Gesellschaftsleben zurückzuführen seien. Die in den vorliegenden Arztberichten verschiedentlich gestellte Diagnose einer "Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, mittelschwer bis schwer" sei in sich widersprüchlich. Gemäss der ICD-10-Klassifikation bedinge diese Diagnose lediglich eine leichte depressive Verfassung. Die Vorgutachter hätten diesbezüglich denn auch keinen ICD-10-Code angegeben. Angesichts der vollbrachten Anpassungsleistung und des fast vollständigen Verschwindens der depressiven Verfassung sei dem Versicherten eine sehr günstige Prognose zu stellen. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % und mehr habe in psychiatrischer Hinsicht zu keinem Zeitpunkt seit der Aufgabe der Arbeitstätigkeit im Herbst 2008 bestanden (Doc n° 70).

#### **E. 4.10**

Im radiologischen Befund vom 12. Juni 2012 berichtete Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_, nach erneuter Durchführung je einer MR-Tomografie der Hals- und Lendenwirbelsäule hätten sich die nachfolgenden Befunde der Halswirbelsäule ergeben: · unauffällige Segmente C0-C3; · Discusbulging ohne Wurzelbedrängung, Spondyloosteochoondrose mit Uncovertebralarthrosen sowie beidseitige Spondylarthrosen im Segment C3/C4; · flache, breitbasige dorso-mediane Diskushernie ohne Myelonbedrängung, Spondyloosteochoondrose mit Uncovertebralarthrosen und beidseitige Spondylarthrosen im Segment C4/C5; · flache, breitbasige dorso-mediane bis vornehmlich links dorso-laterale Discushernie mit Tangieren des Myelons ohne Impression, Spondyloosteochoondrose mit Uncovertebralarthrosen und beidseitigen Spondylarthrosen sowie beidseitige geringe knöcherne Neuroforamenstenose im Segment C5/C6; · flache, breitbasige dorso-mediane bis beidseits dorso-laterale Diskushernie ohne Myelonbedrängung, erosive Osteochoondrose, Spondylose mit Uncovertebralarthrosen und Spondylarthrosen beidseits sowie mittel- bis höhergradige knöcherne Neuroforamenstenose, rechts mehr als links, im Segment C6/C7; · unauffällige Segmente C7/TH1; · primär regelrechte, sekundär segmentale Stenosen im Segment C5-C7 mit minimaler sagittaler Weite von 9 Millimeter im Segment C5/C6 und von 10.5 Millimeter im Segment C6/C7 in der Spinalkanalweite; · ventrales Tangieren im Segment C5/C6 ohne Druckmyelopathie im Myelon. Die Lendenwirbelsäule habe folgende Befunde aufgezeigt: · unauffällige Segmente TH12-L2; · flache dorso-laterale Discushernie ohne Wurzelbedrängung, Spondyloosteochoondrose und beidseitig beginnende Spondylarthrose im Segment L2/L3; · Discusbulging ohne Wurzelbedrängung, geringe Osteochoondrose und beidseitige Spondylarthrosen im Segment L3/L4; · flache, dorso-laterale Discushernie rechts ohne Wurzelbedrängung, geringe Osteochoondrose und

beidseitige Spondylarthrosen im Segment L4/L5; · dorso-mediane Discushernie ohne Wurzelbedrängung, mässige Osteochondrose und beidseitige Spondylarthrosen in den Segmenten L5/S1 (Doc n° 78).

## **E. 5**

In den vorinstanzlichen Akten liegen insgesamt sieben RAD-ärztliche Stellungnahmen vor. In sämtlichen dieser Beurteilungen hat der RAD eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sowie eine vollen Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit, jeweils seit Juli 2008 festgestellt. In somatischer Hinsicht diagnostizierte der RAD durchwegs eine chronische Cervicalgie mit radikulären Schmerzen bei schweren degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und Diskushernien im Segment C4-C7 (ICD-10 M50.2) sowie eine chronische Lumbalgie bei mässigen degenerativen Veränderungen. In psychischer Hinsicht hatte der RAD in seiner ersten Stellungnahme vom 15. Dezember 2009 (gestützt auf den Arztbericht im Formular E 213 von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2009) eine depressive Störung mit mittelschwerer bis schwerer Episode diagnostiziert (vgl. Sachverhalt Bst. B). In seiner Stellungnahme vom 25. Mai 2010 korrigierte er diese Diagnose auf eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion gemäss ICD-10 F. 43.2. Hierbei handle es sich um eine Abschwächung des Schweregrades der vormals genannten Diagnose. Die nunmehr vorübergehende psychische Störung sei nur nebensächlich für die Arbeitsunfähigkeit verantwortlich und deshalb nicht weiter zu berücksichtigen (vgl. Sachverhalt Bst. C, Abs. 2). An dieser Diagnose hielt der RAD in den darauffolgenden Stellungnahmen jeweils fest, insbesondere in seiner Stellungnahme vom 6. März 2012, welche er nach Vorliegen des gemäss dem Rückweisungsauftrag des Bundesverwaltungsgerichts einzuholenden psychiatrischen Gutachtens von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 9. Januar 2012 erstellte (vgl. Sachverhalt Bst. E). Hinsichtlich der funktionellen Einschränkungen äusserte er sich lediglich in seiner ersten Stellungnahme vom 15. Dezember 2009. Hierbei kreuzte er folgende, auf dem Formular vordruckte Positionen an: · wechselnde Arbeitsposition, · Heben von Gewichten bis lediglich 10 Kilogramm, · keine schweren Arbeiten, · wenig Verantwortung oder Stress, · keine Überkopf-Arbeiten oder Arbeiten mit Zwangshaltungen bei nach hinten geneigtem Kopf. Ebenfalls lag nur der ersten Stellungnahme vom 15. Dezember 2009 der Katalog "Beispiele von zumutbaren angepassten Tätigkeiten" bei. Auf diesem kreuzte der RAD die Tätigkeiten eines Magaziners/Lageristen, eines Fahrzeuglieferanten, eines Verkäufers auf dem Korrespondenzweg/via Telefon/Internet (wenn der Beschwerdeführer die notwendigen Kenntnisse hierfür habe; sitzende Tätigkeit), eines Verkäufers allgemein (Geschäft, Einkaufszentrum, Kiosk, Tankstellen-Shop) oder eines Reparateurs von Kleingeräten/Haushaltsartikeln als Beispiele dem Beschwerdeführer gesundheitlich noch zumutbarer Verweisungstätigkeiten an. In den darauffolgenden Stellungnahmen hielt er mit Blick auf die noch möglichen körperlichen Betätigungen respektive zumutbaren Verweisungstätigkeiten jeweils implizit an jener Beurteilung vom 15. Dezember 2009 fest.

## **E. 6**

Zu prüfen ist im Nachfolgenden, ob der RAD mit seinen Stellungnahmen den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers respektive die vorliegenden Medizinalakten korrekt gewürdigt und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, insbesondere in einer Verweisungstätigkeit, in nachvollziehbarer Weise festgelegt hat (vgl. vorangehende E. 3.4.2).

## **E. 6.1**

In psychiatrischer Hinsicht hat die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt mit dem (gemäss dem Rückweisungsauftrag des Bundesverwaltungsgerichts im vorausgegangenen Beschwerdeverfahren C-5619/2010; vgl. Sachverhalt Bst. D) eingeholten psychiatrischen Gutachten von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 9. Januar 2012 (Doc n° 70) ergänzend abgeklärt. Dr. J. \_\_\_\_\_ hat vor Erlass dieses Gutachtens den Beschwerdeführer während 2 ¼ Stunden persönlich untersucht und sich mit den vorliegenden medizinischen Unterlagen auseinandergesetzt. Nach einer ausführlichen Erhebung der Anamnese gab sie die eigenen Befunde in nachvollziehbarer Weise wieder. Angesichts dieser Befunde sowie in Anbetracht der weiteren vorliegenden Gutachten und Arztberichte überzeugt die von ihr gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung (längere depressive Reaktion gemäss ICD-10 F.43), gültig für die Zeit von Herbst 2008 bis ca. Sommer 2010, gleichfalls wie die darauf basierende Beurteilung einer vollen Arbeitsfähigkeit in psychischer Hinsicht. Das psychiatrische Gutachten vom 9. Januar 2012 erfüllt damit die vorangehend dargestellten Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Gutachten (E. 3.4). Es ist damit der Auffassung des RAD zu folgen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht zu keinem Zeitpunkt in erheblicher respektive rentenrelevanter Weise eingeschränkt wurde. Diese Auffassung ist auch im Licht der diesbezüglichen bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht zu beanstanden (vgl. BGE 127 V 294).

## **E. 6.2**

In somatischer Hinsicht ist insbesondere zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer mehrfach geltend gemachte Verschlechterung seines Gesundheitszustandes (vgl. Sachverhalt Bst. C, F, H und J) seit der ersten RAD-Stellungnahme vom 15. Dezember 2009 aufgrund der vorliegenden Medizinalakten (E. 4) gegeben ist und ob der RAD diese gegebenenfalls hinreichend berücksichtigt hat.

### **E. 6.2.1**

Betreffend die RAD-ärztlich bekannten Probleme des Nacken- und Rückenbereichs liegen dank der vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte, insbesondere von Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_, detailliertere Befunde vor. Der RAD hat diese weder bestritten noch bestätigt, sondern jeweils lediglich festgestellt, die neuen Befunde änderten nichts an seinen bisherigen Beurteilungen. Effektiv können die diversen, auf einzelne Segmente des Rückens unterteilten Diagnosekataloge von Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_ unter den vom RAD genannten Kategorien der chronischen Cervicalgie (sprich allgemein chronische Nackenschmerzen), verbunden mit schweren degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und Diskushernien (gleichbedeutend wie Bandscheibenvorfälle) im Segment C4 bis C7, und der von ihm genannten chronischen Lumbalgie (sprich allgemein Rückenschmerzen), bei mässigen degenerativen Veränderungen, subsumiert werden. So handelt es sich bei den von Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_ aufgeführten Diagnosen Osteochondrose, Spondyloosteocondrose und Retrospondylose jeweils um degenerative Veränderungen der Wirbelsäule. Wie auch die verschiedenen Formen von Arthrose (Uncovertebralarthrosen, Spondylarthrose) gehen diese mit chronischen Rückenschmerzen einher. Der von Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_ verwendete Begriff "Diskusprolaps" sowie der vom RAD verwendete Begriff "Diskushernie" bezeichnen gleichermassen einen Bandscheibenvorfall. Der in den neueren Berichten von Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_ aufgeführte Discusbulging bedeutet seinerseits eine Bandscheibenwölbung als mögliche Vorstufe eines Bandscheibenvorfalles. Die von Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_ diagnostizierte Stenose in der Spinalkanalweite sowie die von Univ. Prof.

Prim. Dr. M. \_\_\_\_\_ am 4. März 2009 diagnostizierte diskrete Myelonimpression implizieren jeweils eine Engstelle im Rückenmarkskanal, welche Druck auf das Rückenmark ausübt und mit Gefühlsstörungen sowie auch mit Rückenschmerzen einhergehen kann. Auch diese Befunde können als eine Folge der vom RAD aufgeführten degenerativen (respektive altersbedingten) Veränderungen der Bandscheiben betrachtet werden. Damit erweisen sich die vom RAD seit seiner ersten Stellungnahme vom 15. Dezember 2009 unverändert gestellten Diagnosen hinsichtlich der Rücken- und Nackenbeschwerden jedenfalls nicht als mit den übrigen vorliegenden Medizinalakten unvereinbar, wenn sie auch den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weniger ausführlich beschreiben.

### **E. 6.2.2**

Mit den erwähnten detaillierteren Befunden der Hals- und Lendenwirbelsäule, welche insbesondere aus den Berichten von Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 16. Juli 2008 (E. 4.1), vom 12. Oktober 2010 (E. 4.6) und vom 12. August 2012 (E. 4.10) hervorgehen, hat sich der RAD inhaltlich indessen in keiner Weise auseinandergesetzt. Auch hinsichtlich der weiteren, vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte finden sich in den vorliegenden RAD-ärztlichen Stellungnahmen nur zwei konkrete Anmerkungen. So erklärte der RAD einerseits in seiner Stellungnahme vom 20. Januar 2011, eine Meralgia paraesthetica, deren Vorliegen im ärztlichen Gutachten vom 23. Januar 2009 (E. 4.2) sowie im Bericht vom 15. Oktober 2010 (Formular E 213; E. 4.7) vermutet wurde, sei mangels probatorischer lokaler Infiltration nicht erwiesen. Diese Diagnose verursache ohnehin nie eine Invalidität. Andererseits findet der Arztbericht von Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 12. Juni 2012 in der letzten RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 19. Juli 2012 Erwähnung. Hiernach bedeute das Berühren der linken Nervenwurzel im S1-Gebiet noch lange nicht, dass die Nervenwurzel eingeklemmt sei. Es liege deshalb keine erwiesene Wurzelreizsymptomatik im Lendenwirbelsäulenbereich vor (Doc n° 82). Daneben traten seit Erstellung der RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 15. Dezember 2009 nachfolgende neuen Beschwerden auf: Eine stark ausgeprägte, chronische Antrumgastritis (Magenschleimhautentzündung), eine foveoläre Hyperplasie und eine Helicobacter pylori-Infektion gemäss dem Bericht des Krankenhauses Barmherzige Schwestern vom 6. September 2010 (E. 4.5) sowie eine kleine Ruptur des lateralen linken Meniskusvorderhorns, eine Chondropathie der Knorpelbezüge des medialen Femurcondylus, des Tibiaplateaus, der Patella und des femoralen Patellagleitlagers, ein Gelenkserguss und Ödemzonen gemäss dem Bericht von Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 29. März 2011 (E. 4.8). Beide Berichte sowie die darin erwähnten neuen Erkrankungen hat der RAD in seinen Stellungnahmen nicht kommentiert. Schliesslich erwähnt das (zwar erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung ergangene, jedoch mit dem vorliegenden Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehende; vgl. E. 2.1) Sachverständigengutachten des Sozialministeriumservices, Landesstelle (...) vom 31. Juli 2014, welches der Beschwerdeführer mit seiner Eingabe vom 30. September 2014 nachträglich dem Bundesverwaltungsgericht eingereicht hat, es sei mit Blick auf die hochbeziehungsweise mittelgradige Funktionseinschränkung beider Kniegelenke eine Knie totalendoprothese geplant.

### **E. 6.2.3**

Nach dem Gesagten steht fest, dass seit der RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 15. Dezember 2009 neue Erkrankungen des Magens, des linken Knies (respektive sogar beider Knie; vgl. E. 6.2.2. i.f.) aufgetreten sind und mit Blick auf die bereits bekannten Rücken-

und Nackenbeschwerden detailliertere Befunde vorliegen. Die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte, welchen diese neuen Befunde zu entnehmen sind, enthalten indessen keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Durch die neu hinzugekommenen Magenbeschwerden ist zwar erfahrungsgemäss keine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Nicht auszuschliessen ist demgegenüber eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die neu hinzugekommene Knieproblematik sowie die detaillierteren Befunde hinsichtlich der Hals- und Lendenwirbelsäule.

#### **E. 7**

Wie bereits vorangehend aufgeführt, erklärte der RAD den Beschwerdeführer in einer Verweisungstätigkeit, die gewisse funktionelle Einschränkungen berücksichtige, für voll arbeitsfähig. Die zumutbare Verweisungstätigkeit sollte gemäss dem RAD eine wechselnde Arbeitsposition zulassen, kein Heben von Gewichten über 10 Kilogramm, keine schweren Arbeiten, Überkopf-Arbeiten oder Arbeiten mit Zwangshaltungen bei nach hinten geneigtem Kopf erfordern und wenig Verantwortung sowie Stress mit sich bringen. Weitere Einschränkungen (zum Beispiel Trageleistungen lediglich bis fünf Kilogramm, kein berufliches Lastkraftwagenfahren, keine Höhenexposition, keine reine Bildschirmarbeit und keine Nacht- und Schichtarbeit) wurden im Gutachten der Pensionsversicherungsanstalt Landesstelle (...), E.\_\_\_\_\_, vom 23. Januar 2009 sowie den Formularen E 213 vom 27. Januar 2009 sowie vom 15. Oktober 2010 genannt. Mit Blick auf die von ihm als zumutbar erklärten sowie vom Beschwerdeführer kritisierten Beispiele von Verweisungstätigkeiten ergänzte der RAD sodann in seiner Stellungnahme vom 20. Januar 2011, die genannten Büroarbeiten, Bildschirmarbeit und Beratungsarbeit könnten "ohne Weiteres mit der heutigen Stehpult-Technologie als wechselbelastende Tätigkeit angesehen werden". Der in der Beschwerde vorgebrachte Einwand, wonach seine Knieproblematik stehende und gehende Tätigkeiten behindern könnte, erscheint in diesem Zusammenhang gerechtfertigt. Es ist nicht auszuschliessen, dass die im Bericht von Prim. Dr. K.\_\_\_\_\_ vom 29. März 2011 genannten neuen Knieerkrankungen zu einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führen könnten. Diesen Umstand hat die Vorinstanz respektive der RAD zu Unrecht nicht geprüft. Hinsichtlich der Rücken- und Nackenprobleme kann alsdann infolge des degenerativen Charakters dieser Beschwerden nicht von einem abgeschlossenen Gesundheitszustand ausgegangen werden. Vielmehr kann gerade bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden, dass sie sich im Verlauf mehrerer Jahre verschlimmern oder ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sich verändert haben könnten. Das ärztliche Gutachten der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle (...) in E.\_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2009 sowie die Formulare E 213 vom 27. Januar 2009 und vom 15. Oktober 2010 stellen deshalb in zeitlicher Hinsicht keine genügende Beurteilungsgrundlage für die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers dar.

#### **E. 8**

Zusammenfassend hat die Vorinstanz die somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers sowie die hierdurch verursachte Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit nach dem Gesagten nicht hinreichend abgeklärt. Die RAD-ärztlichen Stellungnahmen dienen ebenfalls nicht der Klärung der Frage, welche körperlichen Anstrengungen dem Beschwerdeführer aufgrund der neueren Befunde noch zugemutet werden dürfen, nachdem sich diese inhaltlich nicht mit den neuen Befunden detailliert auseinander setzten.

### **E. 8.1**

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn aufgrund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten bzw. andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V 163 E. 1d).

### **E. 8.2**

Vorliegend fehlt in den vorinstanzlichen Akten eine aktuelle und vollständige Befunderhebung in somatischer Hinsicht sowie eine gestützt darauf vorgenommene, interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Der medizinische Sachverhalt wurde damit nicht korrekt ermittelt. Es sind keine Gründe ersichtlich, die einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zwecks weiterer Abklärung entgegenstünden. Die Sache ist deshalb zur Ergänzung der Medizinalakten in somatischer Hinsicht und anschliessenden interdisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, zur Bezeichnung der angesichts der körperlichen Einschränkungen noch zumutbaren beruflichen Tätigkeiten unter Beizug der Berufsberatung (vgl. E. 3.3, Abs. 2) sowie zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

### **E. 9**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), sodass der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- dem Beschwerdeführer auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten ist.

### **E. 10**

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da sein Rechtsvertreter keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) als angemessen. Nicht zu entschädigen ist die Mehrwertsteuer (Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes vom 12. Juni 2009; MWSTG SR 641.20).