

BVGer C-1066/2017 vom 25. Juli 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-07-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1066_2017

FR: TAF C-1066/2017 du 25 juillet 2019

IT: TAF C-1066/2017 del 25 luglio 2019

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IVSTA vom 13. Januar 2017 (BVGer act. 1/1), mit welcher der Anspruch auf eine Rente verneint wurde.

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern - wie hier - keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Rentengesuche befindet (Art. 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

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. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.4

Gemäss Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Beschwerdeführer nahm als Partei am vorinstanzlichen Verfahren teil. Als Verfügungsadressat ist er durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.5

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 VwVG und Art. 52 VwVG) eingereicht, womit, nachdem der Gerichtskostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten ist.

E. 1.6

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung und des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 1.7

Nach dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist das Bundesverwaltungsgericht nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (vgl. Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; Thomas Häberli, in: Praxiskommentar VwVG, 2. Aufl. 2016, Rz. 48 zu Art. 62).

E. 1.8

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet ein Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. 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. Der Beschwerdeführer war beim Eintritt des Gesundheitsschadens als Grenzgänger für die B._____ AG in Q._____ tätig, lebte namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung im Grenzgebiet und machte als Gesundheitsschaden Leiden geltend (Femurkopfnekrose und Bandscheibenvorfall), die sich während seiner Grenzgängertätigkeit manifestierten. Unter diesen Umständen war die kantonale IV-Stelle D._____ (SVA) für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretene Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 2.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 13. Januar 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben (echte Noven), sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt

des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des BGer 9C_101/2007 vom 12. Juni 2007 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 118 V 200 E. 3a; Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Der im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichte ärztliche Bericht von Dr. G. _____ vom 24. März 2017 (BVGer act. 10/1) stellt insofern ein unzulässiges Novum dar, als er sich zum Gesundheitszustand nach Verfügungserlass äussert; soweit er indes Angaben zur gesundheitlichen Situation vor Verfügungserlass enthält, ist er zu berücksichtigen.

E. 2.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 13. Januar 2017 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.1

Invaliderität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 ATSG). 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

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer, das heisst, während mindestens 3 Jahren (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als 3 Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt sind.

E. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, 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. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie, wie vorliegend, in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 833/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 3.4

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 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt, entsteht. Die Rente wird vom Beginn des Monats, in dem der Rentenanspruch entsteht, ausbezahlt (Art. 29 Abs. 3 IVG). Da der Rentenanspruch nach Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens sechs Monate nach Anmeldung entstehen kann, ist für das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG allein der Sachverhalt sechs Monate vor Anmeldung von Bedeutung (Urteil des BVGer C-5352/2013 vom 7. September 2015 E. 2.3). Der Beschwerdeführer meldete sich am 23. Dezember 2015 (Vorakten 1, verspätete Anmeldung) zum Bezug von Versicherungsleistungen an, womit der Anspruch auf Versicherungsleistungen frühestens ab 1. Juni 2016 entstehen konnte. Vorliegend ist damit der medizinische Sachverhalt ab ein Jahr vor Anspruchsbeginn mithin ab Juni 2015 bis zum Verfügungszeitpunkt vom 13. Januar 2017 relevant und nachfolgend zu prüfen.

E. 3.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV [SR 831.201]). Die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a IVV) sind bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil BGer 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2).

E. 3.6

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

E. 3.7

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; BGE 132 V 93 E. 4; BGE 125 V 256 E. 4).

E. 3.8

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

E. 3.9

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.10

Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

E. 3.11

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3.12

Bezüglich des Beweiswertes eines Gutachtens ist entscheidend, ob es 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 der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.12.1

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S.114 E. 3b; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b).

E. 3.12.2

Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (Art. 44 ATSG), welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb m.H.).

E. 3.12.3

Bei der Beurteilung von Leistungsansprüchen kann auch auf die formalisierte Berichterstattung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler abgestellt werden, da auch diese der freien Beweiswürdigung unterliegen. Sind daher keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermögen, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung ausser Acht zu lassen (vgl. Urteil des BVGer C-4325/2015 vom 27. September 2016 E. 3.7.3). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der behandelnden Arztperson stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (vgl. Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 3.12.4

Bei Stellungnahmen eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin ist hinsichtlich des Beweiswertes zu unterscheiden, ob es sich um Aktenberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV oder um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV handelt. Der Beweiswert eines Untersuchungsberichtes eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vergleichbar, sofern

er den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und der IV-Arzt bzw. die IV-Ärztin über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2, 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Bei einem Aktenbericht beurteilt der IV-Arzt oder die IV-Ärztin die vorhandenen ärztlichen Unterlagen, fasst die medizinischen Untersuchungsergebnisse zusammen und gibt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Versicherungsfalles aus medizinischer Sicht ab. Ein Aktenbericht erfüllt somit eine andere Funktion als ein medizinisches Gutachten, weshalb er die inhaltlichen Anforderungen an medizinische Gutachten nicht erfüllen kann und muss. Dennoch wird ihm nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung aberkannt, vielmehr ist er ein entscheiderelevantes Aktenstück, sofern die vom RAD beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (Urteil des BVGer C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen, Urteil des EVG I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3).

E. 4.1

Den Vorakten sind die folgenden medizinischen Unterlagen zu entnehmen: - Nach Durchführung einer MRT (Magnetresonanztomographie) der Lendenwirbelsäule erkannte Dr. F._____, Radiologe, am 21. Mai 2015 (Vorakten 26) Bandscheibenvorfall auf Höhe von L4/L5 rechts medio-lateral, Facettengelenkshypertrophie, Bandscheibendegeneration L5/S1 sowie L3/L4, Schenkelhalsfraktur links, nicht mehr ganz frisch, begleitende beginnende sekundäre Hüftkopfnekrose links. - Am 16. Juni 2015 (Vorakten 13/2, 20/6) berichtete Dr. H._____, Orthopäde, der Patient klagt über Schmerzen im Bereich des Hüftgelenkes, welche spontan vor einiger Zeit aufgetreten seien. Die Beschwerden hätten jetzt deutlich zugenommen und würden sich in die Leiste projizieren. Das Gangbild sei auf ebener Erde mit zwei Unterarmgehstützen mit deutlichem Schonhinken erfolgt. Die Untersuchung im Liegen habe eine Hüftbeugekontraktur bei einer ausgeprägten schmerzhaften Rotationseinschränkung des Hüftgelenkes gezeigt. Die Abduktionsfähigkeit sei ebenfalls eingeschränkt. Die mitgeführten Kernspinaufnahmen würden eine ausgeprägte, grossflächige Hüftkopfnekrose links zeigen. In der transperitonealen Schicht seien kleinere Einbrüche in das Gelenk erkennbar. Dr. H._____ diagnostizierte Hüftkopfnekrose links, Grad II-III und empfahl einen künstlichen Hüftgelenkersatz. - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Dr. C._____, Hausarzt, Facharzt für Allgemeinmedizin, chiro-/spezielle Schmerztherapie, Palliativ und Umweltmedizin sowie Facharzt für Anästhesie, vom 26. Juni 2015 (Vorakten 13/14, 20/20), 6. August 2015 (Vorakten 13/12, 20/18), 26. Oktober 2015 (Vorakten 13/11, 20/17), 24. November 2015 (Vorakten 13/10, 20/16), 26. Januar 2016 (Vorakten 13/7, 20/15), März 2016 (Datum unleserlich; Vorakten 20/13), 26. April 2016 (Vorakten 20/12) und 23. Mai 2016 (Vorakten 20/11). - Dr. I._____ attestierte am 28. Juli 2015 (Vorakten 13/13, 20/19) eine Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 1. August 2015 bis zum 13. August 2015. - Dr. C._____ erstattete am 3. November 2015 (Vorakten 13/1, 20/5) ein ärztliches Attest. Die Erstkonsultation habe am 16. April 2015 stattgefunden. Damals habe der Patient angegeben, er leide seit einer Woche unter Hüftschmerzen links. Klinisch habe der Schmerz bei Beugung und Innenrotation im Hüftgelenk ausgelöst werden können. Es bestehe eine Hüftkopfnekrose links. Bei zunehmend starken Schmerzen, die auch in Ruhe aufgetreten

seien, sei eine radiologische Diagnostik veranlasst worden. Im Rahmen der Röntgendiagnostik habe sich eine Hüftkopfnekrose gezeigt. Zur Vermeidung eines Hüftgelenkersatzes habe sich der Patient auf Empfehlung der mitbehandelnden Orthopäden primär einer hyperbaren Druckkammerbehandlung, die 30 Sitzungen umfasst habe, unterzogen. Während der Druckkammerbehandlung habe eine Besserung der Schmerzsymptomatik beobachtet werden können. Die Schmerzlinderung sei zwar deutlich aber insgesamt nur partiell gewesen. Nach Beendigung der Druckkammerbehandlung habe sich keine weitere Befundbesserung mehr eingestellt. - Am 17. November 2015 (Vorakten 20/4) bestätigte Dr. J. _____, Versicherungsärztin, wegen der Hüfte bestehe seit 30. April 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. - Ärztliches Zeugnis der Klinik K. _____, Dr. L. _____, Oberarzt sowie Facharzt für Allgemeine Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 28. Dezember 2015 (Vorakten 13/9), wonach der Beschwerdeführer vom 28. Dezember 2015 bis zum 14. Januar 2016 zu 50 % arbeitsunfähig sei. - Der Beschwerdeführer hielt sich vom 3. März 2016 bis zum 24. März 2016 in der M. _____ Klinik, Fachklinik für Orthopädie, auf (Vorakten 20/14). Die behandelnden Ärzte diagnostizierten im Austrittsbericht vom 30. März 2016 (Vorakten 37/1) als Hauptdiagnose Implantation einer zementfreien Hüft-TEP links am 23. Februar 2016 und als Nebendiagnose Zustand nach AE-Durchbruch mit zweimaliger Operation, Zustand nach Beugeverletzung im Fingerbereich, Tendovaginitis stenosans rechter Daumen (Sehnenscheidenentzündung der Beugesehne, vgl. https://flexikon.doccheck.com/de/Tendovaginitis_stenosans, besucht am 9. Mai 2019), Hypertonie (Bluthochdruck), Hyperurikämie (Erhöhung des Harnsäurespiegels im Blut, vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Hyperurik%C3%A4mie>, besucht am 9. Mai 2019) und HLP (Hyperlipoproteinämie, Erhöhung von Cholesterin und Triglycerin, vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Hyperlipoprotein%C3%A4mie>, besucht am 9. Mai 2019). Der Patient habe die physiotherapeutischen Massnahmen während dem Aufenthalt gut vertragen und durch seine hohe Motivation und die Nutzung der Therapiemöglichkeiten auch ausserhalb des Terminplans deutlich positiv auf das gute Ergebnis eingewirkt. Als Entlassungsbefund wurde angegeben: Noch Schwellung im Bereich des Operationsgebietes in der Leiste bzw. am proximalen Oberschenkel, welche im Sinne einer sogenannten Hämatom-Fibrose zu werten sei. Keine sensomotorischen Ausfälle. Narbenbildung unauffällig. Der Patient habe psychisch und physisch gut stabilisiert am 23. März 2016 in die hausärztliche Weiterbetreuung entlassen werden können. - Dr. C. _____ berichtete am 24. Mai 2016 (Vorakten 20/2), die Operationsnarbe sei nach HTEP (Hüfttotalendoprothese, vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/H%C3%BCftgelenksendoprothese>, besucht am 9. Mai 2019; künstliches Hüftgelenk) am 23. Februar 2016 noch gerötet. Es bestehe eine Einschränkung des Gangbildes und der Belastbarkeit. Mit grosser Wahrscheinlichkeit seien dauerhafte Einschränkungen zu erwarten. Der Patient könne keine schweren Lasten heben. Ab 4. Juli 2016 sei die angestammte Tätigkeit zu 50 % und nach Stabilisierung des Gesundheitszustandes zu 100 % zumutbar. - Am 6. Juli 2016 (Vorakten 21) konstatierte Dr. C. _____, es bestehe eine persistierende Beschwerdesymptomatik bei Zustand nach HTEP links. In Ruhe bestehe Beschwerdefreiheit, jedoch würden bei körperlicher Belastung Hüftschmerzen links auftreten. Unter Fortführung der Physiotherapie sei zunehmend eine Schmerzlinderung und Verbesserung der Hüftbeweglichkeit zu erwarten. Seit 22. Februar 2016 sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig. Ab 1. September 2016 (Anmerkung BVGer: Schreibfehler gemeint ist wohl 1. August 2016) sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit, mit wechselnder Position (Stehen/Gehen) ohne

heben von schweren Lasten zu 4 Stunden pro Tag zumutbar. Nach Genesung sei eine Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Ab 1. August 2016 sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig. Dr. C. _____ empfahl die Vorstellung bei fachorthopädischen Kollegen mit Ausfertigung eines Gutachtens bezüglich der weiteren Verwundbarkeit (Anmerkung BVGer: Handschrift schlecht lesbar). Betreffend Belastungsprofil gab Dr. C. _____ als Einschränkungen an: keine reine sitzende oder stehende Tätigkeit, keine vorwiegend im Stehen ausgeübte Tätigkeit, ohne Bücken, ohne Überkopfarbeiten, ohne Kauern, ohne Knien, ohne Rotation im Sitzen/Stehen, ohne Heben/Tragen und ohne auf Leitern/Gerüste steigen. - Aus dem nicht unterzeichneten Bericht von Dr. G. _____ und Dr. N. _____ vom 19. Oktober 2016 (Vorakten 38, 39) geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer eine Schenkelhalsfraktur zugezogen hatte, welche 2015 operativ mit Implantation einer Totalendoprothese versorgt werden musste. Zusätzlich wurde in dieser Zeit auch ein Bandscheibenprolaps L4/5 diagnostiziert. Zum aktuellen Befund erläuterten die Ärzte, klinisch stehe das Becken gerade, die Beweglichkeit der LWS sei endgradig gemindert, iliosacral bestehe eine Druckempfindlichkeit und paravertebral lumbal seien Verspannungen vorhanden. Lasègue negativ, peripher neurologisch unauffällig, die linke Hüfte sei zufriedenstellend. Radiologisch bestehe in der Beckenübersicht kein Schiefstand, die LWS zeige eine 10° rechtskonvexe Lumbalskoliose mit erheblichen degenerativen Veränderungen L4-S1. Operative Konsequenzen würden sich nicht ergeben. Konservative Optionen seien Physiotherapie oder Akupunktur. - Am 2. November 2016 (Vorakten 43) erstellte Dr. G. _____ einen Bericht worin, er als Diagnose angab, Bandscheibenprolaps L4/5, Zustand nach Schenkelhalsfraktur links mit Hüftprothese versorgt, degeneratives LWS-Syndrom L4-L5 bei 10° rechtskonvexer Lumbalskoliose, festgestellt Oktober 2016. Eine dem Leiden angepasste wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von schweren Lasten sei vollschichtig zumutbar. Er habe Physiotherapie verordnet.

E. 4.2

Die SVA legte die medizinischen Akten ihrem RAD vor: - Der RAD, Dr. E. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt am 26. Juli 2016 (Vorakten 24/3) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest, persistierende Beschwerdesymptomatik bei Status nach Hüft-TEP links am 23. Februar 2016 wegen Hüftkopfnekrose und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit LWS-Degenerationen. Die bisherige Tätigkeit sei insofern eingeschränkt, als beim Gehen und Heben von Lasten Hüftschmerzen ausgelöst würden. Das Belastungsprofil beschrieb der RAD dahingehend, körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastung über 10kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne hüftbelastende Zwangshaltungen, ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände. In der bisherigen Tätigkeit als Betriebsfachmann bestehe ab 30. April 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, sofern die tatsächliche Belastung als Betriebsfachmann das genannte Belastungsprofil übersteige. Es würden keine Angaben zum Anforderungsprofil vorliegen. Bei einer angepassten Tätigkeit bestehe vom 30. April 2015 bis zum 5. Juli 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Ab 6. Juli 2016 sei eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Es sei zu erwarten, dass sich der Gesundheitszustand ändere, indem eine weitere Beschwerdelinderung eintreten werde. - Dr. E. _____ teilte am 4. Oktober 2016 (Vorakten 47/2) der SVA mit, die Aktenlage sei unvollständig. Es seien weitere Berichte zum Rückenleiden einzuholen. - Nach Erhalt weiterer Arztberichte ergänzte Dr. E. _____ am 1. Dezember 2016 (Vorakten 47/3) seine Stellungnahme vom 26. Juli 2016 (Vorakten 24/2), indem er nun beim Belastungsprofil

einschränkte, dass keine Arbeiten zumutbar seien, welche die LWS-belastende Zwangshaltungen beinhalten würden.

E. 4.3

Im Beschwerdeverfahren wurde ein Schreiben von Dr. G._____ vom 24. März 2017 (BVGer act. 10/1) eingereicht, wonach 1978 ein Meniskus offen entfernt worden sei. In Bezug auf die LWS-Leiden seien bisher keine Lähmungserscheinungen vorgelegen. Aktuell sei ein Heben von Gewichten bis maximal 5kg möglich. Seit 10 Tagen habe der Beschwerdeführer Schulterschmerzen rechts. Das Lasègue-Phänomen sei negativ, ebenso würden sensomotorische Defizite als Ausdruck einer aktuellen Wurzelkompression bei Bandscheibenvorfall fehlen. Es würden dauerhafte funktionelle Einschränkungen vorliegen, sowohl von Seiten der Hüfte als auch der Lendenwirbelsäule. In der Stellungnahme vom 1. September 2016 (Anmerkung BVGer: Es ist keine RAD-Stellungnahme mit diesem Datum aktenkundig) seien vor allem die Einschränkungen der Lendenwirbelsäule nicht ausreichend gewürdigt worden. Es dürften auch leichte körperliche Belastungen im Wechselrhythmus nicht ohne Schmerzen durchführbar sein. Hebe- und Tragebelastungen seien gar nicht mehr möglich. Durch den Bandscheibenprolaps L4/5 sei möglicherweise auch von Zeit zu Zeit eine Ischialgie zu erwarten, mit dann sicher eintretender, kompletter Arbeitsunfähigkeit. Er halte den Patienten für dauerhaft nicht mehr in der Lage regelmässig zu arbeiten mit Belastungen über 3 Stunden.

E. 5

Zunächst ist festzuhalten, dass den Akten kein umfassendes Belastungsprofil der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Betriebsfachmann zu entnehmen ist, worauf denn auch der RAD, Dr. E._____, hinwies (Vorakten 24/2, 47/3). Aus den Akten ergibt sich einzig, dass die Tätigkeit vorwiegend im Sitzen ausgeübt wird (Vorakten 20/4), jedoch neben der Bürotätigkeit auch zu 30 % - 40 % Arbeiten in der Werkstatt anfallen (Vorakten 7/2). Eine Rückweisung an die Vorinstanz zur Abklärung des Belastungsprofils erübrigt sich vorliegend jedoch, da selbst wenn, wie dies die Vorinstanz zugunsten des Beschwerdeführers tat, davon ausgegangen wird, dass die Tätigkeit als Betriebsfachmann nicht mehr möglich ist, keine andere Schlussfolgerung resultiert (vgl. E. 6ff. hiernach).

E. 6

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Januar 2017 und der Würdigung des medizinischen Sachverhalts zog die Vorinstanz die erwähnten Stellungnahmen ihres RAD (vgl. E. 4.2 hiervor) bei. Hierbei handelt es sich um Aktenberichte, welche bei gegebenen Voraussetzungen eine abschliessende Beurteilungsgrundlage darstellen (vgl. E. 3.12.4 hiervor).

E. 6.1

Gestützt auf die vorgelegten medizinischen Akten konnte sich der RAD vorliegend ein umfassendes Bild über die gesundheitlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers machen, zumal bezüglich der LWS- und der Hüftleiden fachärztlich erhobene Untersuchungsbefunde vorliegen (vgl. E. 4.1 hiervor), die medizinische Aktenlage hinsichtlich der Diagnose klar und widerspruchsfrei ist (vgl. E. 6.1.1 hiernach) und sich aus den Vorakten die Arbeits(un)fähigkeit (vgl. E. 6.1.2 hiernach) und ein zumutbares Leistungsprofil ergibt (vgl. E. 6.1.3 und 6.1.4 hiernach). Insgesamt ist von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt auszugehen, womit die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer

9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass Dr. E._____ von eigenen Untersuchungen absah.

E. 6.1.1

Die Ärzte sind sich hinsichtlich der Diagnose einig, dass der Beschwerdeführer insbesondere unter persistierender Beschwerdesymptomatik bei Status nach Hüft-TEP links am 23. Februar 2016 wegen Hüftkopfnekrose und LWS-Degenerationen ohne radikuläre Ausfälle leidet (vgl. E. 4.1 hiervor). Daran ändert auch das Vorbringen des Beschwerdeführers nichts (vgl. E. 7.1 hiernach).

E. 6.1.2.1

Im MRT-Bericht vom 21. Mai 2015 (Vorakten 26) werden die Hüft- und Rückenleiden umschrieben. Naturgemäss äussert sich der MRT-Bericht nicht zu den funktionellen Einschränkungen und zur Arbeitsfähigkeit, vielmehr ist dies die Aufgabe des behandelnden Arztes, hier von Dr. C._____. Entsprechend wurde der Bericht denn auch an Dr. C._____ zugestellt. Dr. C._____ stellte diverse Arbeitsfähigkeitszeugnisse aus (vgl. E. 4.1 hiervor), welche als solche keine Begründung enthalten. Da Dr. C._____ am 3. November 2015 angab (Vorakten 13/1, 20/5), der Beschwerdeführer sei bei ihm im April 2015 wegen Hüftbeschwerden vorstellig geworden, ist überwiegend wahrscheinlich, dass er ihn wegen diesem Leiden krankschrieb. Am 17. November 2015 (Vorakten 20/4) bestätigte Dr. J._____ die vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen der Hüfte. Hingegen befand Dr. L._____ am 28. Dezember 2015 (Vorakten 13/9), dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 28. Dezember 2015 bis zum 14. Januar 2016 zu 50 % arbeitsunfähig sei. Da die Tätigkeit als Betriebsfachmann längeres Sitzen (Vorakten 20/4) und auch Arbeiten in der Werkstatt beinhaltet (Vorakten 7/2), ist die Annahme einer 50%igen Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar, denn dem Beschwerdeführer war längeres Sitzen und Gehen nicht zumutbar. Dr. H._____ empfahl bereits am 16. Juni 2015 (Vorakten 13/2, 20/6) einen künstlichen Hüftgelenkersatz, was, nachdem konservative Behandlungsmassnahmen nicht den gewünschten Erfolg brachten, schliesslich auch durchgeführt werden musste. Der Beschwerdeführer hatte damit bis zur Operation am 23. Februar 2016 erhebliche Hüftbeschwerden, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. In Anbetracht der medizinischen Berichte von Dr. C._____ und Dr. J._____ ist vorliegend davon auszugehen, dass ab 30. April 2015 bis zur Operation der Hüfte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vorlag. Ebenso war eine Verweistätigkeit bis zu diesem Zeitpunkt wegen den erheblichen Hüftbeschwerden nicht möglich. Dies wurde denn auch vom RAD so festgehalten (Vorakten 24/3) und ist unter den Parteien unbestritten.

E. 6.1.2.2

Nach der Implantation eines Hüft-TEP am 23. Februar 2016 war der Beschwerdeführer zunächst vollständig arbeitsunfähig, wie Dr. C._____ attestierte (Vorakten 20/11, 20/12, 20/13). Dies ist nachvollziehbar, da die Implantation einer Totalhüftprothese zunächst zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führt (vgl. <https://www.schulthess-klinik.ch/de/hueftchirurgie/behandlung/hueftprothese-das-kuenstliche-hueftgelenk>, besucht am 9. Mai 2019). Dr. C._____ berichtete am 24. Mai 2016 (Vorakten 20/2), dass die Operationsnarbe immer noch gerötet sei und eine Einschränkung des Gangbildes sowie der Belastbarkeit bestehe, woraus er den Schluss zog, dass erst ab Juli 2016 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und

nach Stabilisierung des Gesundheitszustandes eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe. Da die Beschwerden persistierten und nach wie vor bei Belastung körperliche Beschwerden auftraten, musste Dr. C._____ am 6. Juli 2016 (Vorakten 21) seine anfängliche Prognose dahingehend korrigieren, dass unter Fortführung der Physiotherapie zunehmend eine Schmerzlinderung und Verbesserung der Hüftbeweglichkeit zu erwarten sei, so dass ab August 2016 eine leidensangepasste Tätigkeit mit wechselnder Position ohne Heben von schweren Lasten zu 50 % zumutbar sei. Nach Genesung bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit. Es ist plausibel, dass Dr. C._____ aufgrund der persistierenden Beschwerden den Zeitpunkt der 50%igen Arbeitsfähigkeit von Juli 2016 auf August 2016 verschob. Dr. G._____ war am 2. November 2016 (Vorakten 43/4) nach Untersuchung des Beschwerdeführers vom 19. Oktober 2016 der Ansicht, dass eine angepasste Tätigkeit ohne körperliche Belastung, ohne schweres Heben und ohne Zwangshaltungen vollschichtig zumutbar sei. Gestützt auf den Bericht von Dr. G._____ ist vorliegend davon auszugehen, dass im Oktober 2016 die Genesung eingetreten war und somit, wie dies von Dr. C._____ prognostiziert worden war, eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bestand. Aus den Berichten von Dr. C._____ und Dr. G._____ resultiert, dass der Beschwerdeführer in einer den Leiden angepassten Tätigkeit ab August 2016 zu 50 % und ab Oktober 2016 zu 100 % arbeitsfähig war. Entgegen der Ansicht des RAD, Dr. E._____, war der Beschwerdeführer am 6. Juli 2016 in einer Verweistätigkeit noch nicht voll arbeitsfähig, da die Beschwerden persistierten. Folglich bestand bis Ende Juli 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jede berufliche Tätigkeit.

E. 6.1.3

Während der RAD am 1. Dezember 2016 (Vorakten 47/3) Hebe- und Tragebelastung bis 10kg als zumutbar erachtete, befand Dr. G._____ am 24. März 2017 (BVGer act. 10/1) Heben von Gewichten sei bis maximal 5kg möglich, Hebe- und Tragearbeiten seien gar nicht mehr möglich. Zwar wurde dieser Bericht nach Verfügungserlass erstellt und enthält eine neue Diagnose, Arthrose der rechten Schulter, jedoch war bereits Dr. C._____ im Bericht vom 6. Juli 2016 (Vorakten 21) der Ansicht, Heben und Tragen seien nicht mehr möglich. Abweichend von der RAD-Stellungnahme ging denn auch die Vorinstanz davon aus, dass einzig eine leichte Verweistätigkeit zumutbar sei.

E. 6.1.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass vom 30. April 2015 bis zum 31. Juli 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte und eine leidensangepasste Tätigkeit bestand. In einer den Leiden angepassten leichten wechselbelastenden Tätigkeit, ohne Hebe- und Tragearbeiten, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne hüft- oder LWS-belastende Zwangshaltungen, ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände, war ab 1. August 2016 bis zum 30. September 2016 eine 50%ige und ab 1. Oktober 2016 eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben.

E. 7.1

Der Beschwerdeführer monierte (BVGer act. 14), die Aktenlage sei unvollständig, wie dies auch vom RAD festgehalten worden sei. Es trifft zu, dass Dr. E._____ am 4. Oktober 2016 festhielt (Vorakten 47/2), die Aktenlage sei nicht vollständig. Er empfahl daher das Einholen des Radiologieberichtes vom 21. Mai 2015 und des Austrittsberichts der Klinik M._____, welche in der Folge zugestellt wurden (Vorakten 37/1, 38, 39). Zudem wurden

Unterlagen der O. _____ Klinik von der SVA einverlangt (Vorakten 32), konnten jedoch nicht beigebracht werden, da gemäss Auskunft der Klinik keine solchen vorliegen würden (Vorakten 35). Der MRI-Bericht vom 21. Mai 2015 wurde an Dr. P. _____ gesendet, ausserdem gab der Beschwerdeführer an, bei diesem Arzt wegen dem Rücken in Behandlung zu sein. Unterlagen von Dr. P. _____ sind nicht aktenkundig und es findet sich auch kein Schreiben, mit welchem die SVA ihn um Unterlagen angefragt hätte. Dr. P. _____ ist Allgemeinmediziner und Osteopath, jedoch nicht Orthopäde oder Chirurg (vgl. [https://www.sanego.de/Arzt/\[...\]-Dr-med-\[...\]-P._____/](https://www.sanego.de/Arzt/[...]-Dr-med-[...]-P._____/), besucht am 9. Mai 2019), womit nicht wahrscheinlich ist, dass er entscheidungswesentliche Hinweise geben könnte, zumal Dr. G. _____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, am 24. März 2017 (BVGer act. 10/1) festhielt, bisher seien keine Sensibilitätsstörungen oder Lähmungserscheinungen vorgelegen. Zudem konstatierte Dr. G. _____ am 19. Oktober 2016 (Vorakten 38, 39), Bandscheibenprolaps L4/5 aktuell ohne radikuläre Auffälligkeiten, degeneratives LWS-Syndrom bei 10° rechtskonvexer Lumbalskoliose. Dr. E. _____ übernahm diesen Befund, indem er LWS-Degenerationen ohne radikuläre Auffälligkeiten aufführte (Vorakten 47/3). Diese Diagnose ist nicht zu beanstanden, zumal Sensibilitätsstörungen oder Lähmungserscheinungen nicht dokumentiert sind.

E. 7.2

Weiter brachte der Beschwerdeführer vor (BVGer act. 1), die Folgen des Bandscheibenvorfalles seien nicht berücksichtigt worden. Indem die Vorinstanz einzig eine leichte leidensangepasste Tätigkeit als zumutbar erachtete, berücksichtigte sie die Hüft- und LWS-Leiden hinreichend. Zwar führte sie nicht, wie vom RAD vorgeschlagen (Vorakten 47/3), im Belastungsprofil auf, dass keine die LWS belastenden Zwangshaltungen möglich seien, jedoch ist diese Einschränkung mitenthaltend, wenn hüftbelastende Zwangshaltungen ausgeschlossen werden, da beides besagt, dass Bücken, Knien und Hocken nicht mehr möglich sind (Vorakten 47/3).

E. 7.3

Schliesslich beanstandete der Beschwerdeführer (BVGer act. 10) es würde auch eine erhebliche Goxarthrose und Arthrose des Schultergelenks vorliegen.

E. 7.3.1

Bei der Schulterproblematik handelt es sich um ein neues Leiden, welches nach Verfügungserlass festgestellt wurde und damit vorliegend nicht zu berücksichtigen ist (vgl. E. 2.2. hiervor). Die Meniskusoperation wurde bereits im Jahr 1978 durchgeführt und der Beschwerdeführer konnte danach zu 100 % arbeiten, womit dieser Umstand vorliegend nicht relevant ist.

E. 7.3.2

Der Hinweis von Dr. G. _____ vom 24. März 2017 (BVGer act. 10/1), wonach von Zeit zu Zeit eine Ischialgie zu erwarten sei, ist vorliegend nicht beachtlich, da einzig der Gesundheitszustand bis zum Verfügungszeitpunkt relevant ist (vgl. E. 2.2. hiervor). Aus demselben Grund ist auch sein Hinweis, er halte den Patienten für dauerhaft nicht mehr in der Lage regelmässig zu arbeiten mit Belastung von über 3 Stunden, nicht weiter zu beachten, da sich diese Einschätzung auf den Zeitpunkt nach Verfügungserlass bezieht und die Schulterproblematik beinhaltet.

E. 7.4

Wie bereits erörtert, ist vorliegend von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt auszugehen, der unbestritten ist (vgl. E. 6 hiervor). Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). Das Eventualbegehren des Beschwerdeführers ist daher abzuweisen.

E. 8

Zu prüfen sind nachfolgend die erwerblichen Auswirkungen der unter E. 6 hiervor festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit.

E. 8.1

Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades ging die Vorinstanz davon aus, dass der Beschwerdeführer bereits ab 6. Juli 2016 in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei (BVGer act. 1/1). Dem ist jedoch nicht so, denn es bestand ab 1. August 2016 vorerst eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit und erst ab Oktober 2016 eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (vgl. E. 6.1.4 hiervor). Der Beschwerdeführer war seit 30. April 2015 sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig. Aufgrund der verspäteten Anmeldung vom 23. Dezember 2015 begann der Rentenanspruch nicht bereits am 1. April 2016 (Art. 28 Abs. 1 IVG), sondern erst am 1. Juni 2016 (Art. 29. Abs. 1 IVG). Folglich hatte der Beschwerdeführer ab 1. Juni 2016 Anspruch auf eine ganze Rente, wobei diese zu befristen ist (vgl. E. 8.2ff. hiernach).

E. 8.2

Der von der Vorinstanz vorgenommene Einkommensvergleich ergab bei einem Valideneinkommen von Fr. 86'681.70 (durchschnittliches Einkommen aus den Jahren 2011 bis 2014, aufgerechnet auf 2016; Vorakten 22) und einem Invalideneinkommen von Fr. 59'432.85 (LSE 2014 TA 1, Lohn für Dienstleistungssektor [Niveau 1] indexiert auf 2016, nach Vornahme eines leidensbedingten Abzugs von 5 %; Vorakten 22) einen Invaliditätsgrad von 31 %. Diese Berechnung wurde vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Auf eine detaillierte Überprüfung von Amtes wegen kann vorliegend verzichtet werden. Bei vollständiger Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit besteht folglich ein Invaliditätsgrad von 31 %, womit die ab dem 1. Oktober 2016 ausgewiesene Verbesserung der Erwerbsfähigkeit gemäss Art. 88a IVV nach drei Monaten, d.h. ab 1. Januar 2017 zu berücksichtigen ist, so dass ab 1. Januar 2017 kein Anspruch mehr auf eine Rente besteht.

E. 8.3

In der Zeit vom 1. August 2016 bis zum 30. September 2016 bestand in einer Verweistätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, womit ein Invalideneinkommen von Fr. 29'716.40 ($59'432.85 : 2$) resultiert, was zu einem Invaliditätsgrad von 66 % führt ($100 \times [86'681.70 - 29'716.40] : 86'681.70$). In Anwendung von Art. 88a IVV bestand damit ab 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

E. 8.4

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer aufgrund der verspäteten Anmeldung vom 23. Dezember 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente vom 1. Juni 2016 bis zum 31. Oktober 2016 und auf eine Dreiviertelsrente vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 hat. Ab 1. Januar 2017 besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

E. 9

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.1

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.- sind dem teilweise unterliegenden Beschwerdeführer in Höhe von Fr. 400.- aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden aus dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen; die Restanz von Fr. 400.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten.

E. 9.2

Der 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. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist bei bloss teilweise Obsiegen nur dann eine ungekürzte Parteientschädigung zuzusprechen, wenn die beschwerdeführende Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt. In Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente trifft dies zu, wenn nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (Urteil BGer 8C_478/2015 vom 12. Februar 2015 E. 5 m.w.H.). Vorliegend wird dem teilweise obsiegenden Beschwerdeführer die Parteientschädigung ungekürzt zugesprochen. Da der Vertreter keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Bei den Eingaben des Vertreters des Beschwerdeführers ist augenfällig, dass diese jeweils einzig eine kurze Begründung enthalten (halbe Seite bei der Beschwerde vom 17. Februar 2017 [BVGer act. 1], eine Seite bei der Beschwerdeergänzung vom 4. April 2017 [BVGer act. 10] und halbe Seite bei der Replik vom 20. Juni 2017 [BVGer act. 14]). Die Vorbringen sind zudem inhaltlich summarisch und nicht eingehend begründet worden. Ausserdem bemerkte der Anwalt den entscheidenden Punkt, dass die Vorinstanz den Anspruchsbeginn nicht korrekt festgelegt hat, nicht. Das Obsiegen ist folglich darauf zurückzuführen, dass das Bundesverwaltungsgericht aufgrund der Untersuchungsmaxime feststellte, dass der Anspruchsbeginn anders festzulegen ist, als von der Vorinstanz angenommen. Folglich ist der Aufwand des Rechtsvertreters nicht als hoch einzuschätzen. Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 1'600.- gerechtfertigt (inkl. Auslagen, ohne die nicht geschuldete Mehrwertsteuer; vgl. Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE bzw. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]).

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