

BVGer C-1643/2016 vom 17. September 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-09-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1643_2016

FR: TAF C-1643/2016 du 17 septembre 2018

IT: TAF C-1643/2016 del 17 settembre 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IVSTA vom 10. Februar 2016 (BVGer act. 2, Vorakten 73), mit welcher das Gesuch des Beschwerdeführers um Ausrichtung einer Rente der schweizerischen Invalidenversicherung abgewiesen 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; vgl. 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, sofern 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 und Art. 52 VwVG) eingereicht, womit, nachdem der Kostenvorschuss innert Frist 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 (vgl. Art. 49 VwVG).

E. 1.7

Das Bundesverwaltungsgericht ist angesichts des Grundsatzes der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Parteien gebunden (vgl. Art. 62 VwVG). Es kann im Rahmen seiner Kognition (vgl. Art. 48 VwVG) 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).

E. 2.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 10. Februar 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. 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 (vgl. 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 (vgl. 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). Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Laborblätter (BVGer act. 9/1-3) wurden am 20. Mai 2016 und damit nach Verfügungserlass erstellt, womit sie echte Noven sind und als solche vorliegend nicht zu berücksichtigen sind. Ebenso nicht herangezogen werden können das Schreiben des Klinikums I. _____ vom 19. April 2018 (BVGer act. 21/1), die Entlassungsmittelung der Klinik J. _____ vom 6. Februar 2018 (BVGer act. 21/4) und der Sozialbericht vom 18. Dezember 2017 (BVGer act. 21/5), da auch sie nach Verfügungserlass erfolgt sind. Weiter kann der Arztbrief vom 9. April 2018 (BVGer act. 21/6) nicht beachtet werden, da erstmals von einem Nierenversagen berichtet wird, was bezüglich dem Verfügungszeitpunkt vom 10. Februar 2016 eine neue Diagnose darstellt und damit als Novum zu betrachten ist. Ebenso stellt ein Novum dar, dass der Beschwerdeführer geltend macht, er brauche eine neue Leber (BVGer act. 24). Hingegen ist die Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 13. April 2016 (Vorakten 76) zu berücksichtigen, enthält sie doch eine Würdigung der Vorakten und bezieht sich damit auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt.

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 10. Februar 2016 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

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, weshalb vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG).

E. 3.1.1

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, und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 3.1.2

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 3.1.3

Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 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 VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Dies trifft im Verhältnis der Schweiz zu den einzelnen EU-Mitgliedstaaten nicht zu, weshalb die Frage des Anspruches auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beurteilen ist (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine 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. 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 (vgl. 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 (vgl. Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer, das heisst, während mindestens drei Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) 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 drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt sind.

E. 4.3

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 vorbehaltlich abweichender staatsvertraglicher Regelungen nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (vgl. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG).

E. 4.4

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. Altersjahrs folgt, entsteht. Die Rente wird vom Beginn des Monats, in dem der Rentenanspruch entsteht, ausbezahlt (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG).

E. 4.5

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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2; BGE 132 V 93 E. 4; BGE 125 V 256 E. 4).

E. 4.6

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (vgl. 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) bzw. medizinische Dienste zur Verfügung (vgl. Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG). Die RAD bzw. die medizinischen Dienste 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 (vgl. Art. 59 Abs. 2bis Satz 2 und 3 IVG).

E. 4.7

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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.8

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 (vgl. 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 (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

E. 4.9

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 (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 4.10

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 in der Beurteilung 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351

E. 3a).

E. 4.10.1

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 (vgl. 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. 4.10.2

Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (vgl. 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 (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit Hinweisen).

E. 4.10.3

Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen, da davon auszugehen ist, dass sie in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

E. 4.10.4

Bei Stellungnahmen eines IV-Arztes 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 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 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 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 medizinischen Dienst beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (vgl. Urteil des BVer 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). Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes oder des medizinischen Dienstes in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 5.1

Den Vorakten sind die folgenden ärztlichen Unterlagen zu entnehmen: - Dr. M._____, Facharzt für Nuklearmedizin, berichtete am 1. Februar 2005 (Vorakten 8, 54), in der Höhe L3/L4 liege ein Bandscheibenvorfall vor, in der Höhe L5/S1 eine Bandscheibenprotrusion und in den Deckplatten vom LWK1 und 2 kleinere Bandscheibenherniationen. - Am 27. Mai 2013 (Vorakten 3/5, 61/1) wurde in der Klinik für Innere Medizin von Dr. N._____, nach einer Ultraschalluntersuchung die folgenden Diagnosen gestellt: bei der Leber Steatosis Grad III (ICD-10 K76.0), Fettzirrhose (ICD-10 K74.6) und mehrere kleine subkapsuläre Zysten (ICD-10 D13.4) rechts, sowie bei der Milz mittelgradige Splenomegalie (ICD-10 R16.1) und Pankreaslipomatose. - Dr. O._____, Facharzt für Kardiologie, äusserte am 12. Juni 2012 (Vorakten 63) nach einem Elektrokardiogramm (EKG) und einer Echokardiographie den Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit und empfahl die Durchführung einer invasiven Koronardiagnostik, um eine solche Erkrankung auszuschliessen. Die entsprechende Untersuchung wurde von Dr. P._____, Kardiologe, durchgeführt, welcher am 14. Juni 2012 (Vorakten 3/4 und 3/8, 60) und am 18. Juni 2012 (Vorakten 59) eine relevante koronare Herzkrankheit (KHK) ausschloss. Als Diagnose führte er nicht stenosierende Koronarsklerose und Verdacht auf Vasospasmen auf. - Laborwerte vom 18. Juni 2012 (Vorakten 3/7, 62), vom 19. Juli 2013 (Vorakten 7, 55), vom 26. Juli 2013 (Vorakten 6, 56), vom 30. Juli 2013 (Vorakten 4, 58) und vom 6. August 2013 (Vorakten 5, 57). - Der sozialmedizinischen Stellungnahme von Dr. G._____, ärztlicher Gutachter des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung H._____, vom 26. September 2013 (Seite 2 des Berichtes fehlt, Vorakten 9, 28, 39) ist auf Seite 1 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 27. November 2012 einen Antrag auf Rehabilitationsmassnahmen stellte und der Grad der Beeinträchtigung auf 30 festgelegt wurde. Dr. G._____, wies auf Seite 3 auf die bevorstehende Struma-Operation hin und hielt fest, "weiter arbeitsunfähig auf Zeit". Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit wurde auf den 28. Februar 2013 festgesetzt. - Gestützt auf eine Sonografie und ein Szintigramm vom 7. Oktober 2013 (Vorakten 10/3, 42) wurde am 14. Oktober 2013 (Vorakten 10/1, 40) im Gesundheitszentrum Q._____, ein Rezidivstruma uninodosa links mit szintigrafisch kalten Knoten festgestellt. Es wurde eine Substitutionstherapie und Knotenprophylaxe mit Thyronajod 50 eingeleitet. Am 27. Januar 2014 fand die Kontrolluntersuchung statt (Vorakten 41), anlässlich welcher der Beschwerdeführer als arbeitsunfähig betrachtet wurde und die Dosis des Arzneimittels Thyronajod von 50 auf 100 erhöht wurde. - Der Augenarzt Dr. R._____, verordnete am 17. Februar 2014 (Vorakten 43) eine Fernbrille und eine benetzende Augentherapie (AT). - Dem sozialmedizinischen Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung H._____, Dr. S._____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, vom 1. April 2014 (BVGer act. 9/5, Vorakten 27, 44) sind als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen: Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II, ED 1997, mit diabetischer Polyneuropathie (ICD-10 E11.4, G63.2), alkoholische Leberzirrhose, ED 05/2013, bei anhaltendem Alkoholabusus (ICD-10 K70.3, F10.1), arterielle Hypertonie unter Ausschluss einer bedeutsamen koronaren Herzkrankheit 06/2012, Zervikobrachialsyndrom rechts (ICD-10 M53.1). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Rezidivstruma colli-uninodosa links bei Zustand nach Strumaresektion im Jahr 2002 und Adipositas per magna erwähnt. Dr. S._____, kam zum Schluss, es lasse sich zurzeit kein positives Leistungsbild für den allgemeinen Arbeitsmarkt beschreiben. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit und die Erwerbsfähigkeit sei gefährdet. Der Beschwerdeführer sei auf Zeit weiter arbeitsunfähig. Es wurde eine strikte

Alkoholabstinenz empfohlen. - Gemäss Bericht vom 10. Oktober 2014 des Gesundheitszentrums Q._____ konnte am 29. August 2014 das geplante MRT der Halsweichteile nicht durchgeführt werden, weshalb der Beschwerdeführer an eine Institution mit grösserem Gerät überwiesen wurde (Vorakten 45). - Der Beschwerdeführer war wegen einer Kreislaufdysregulation nach Einnahme von Ebrantil vom 27. September 2014 bis zum 28. September 2014 im Krankenhaus T._____ GmbH (Vorakten 47). - Dr. D._____, Fachärztin für diagnostische Radiologie, berichtete am 1. Dezember 2014 (BVGer act. 1/2, Vorakten 30, 46), betreffend das MRT der Halsweichteile vom 28. November 2014, in der SD-Loge links stelle sich ein 6.3 cm grosses gemischtförmig, aus überwiegend soliden und zystischen Anteilen bestehendes, knotiges Substrat wie bei Rezidivstruma dar. Der Befund pelottiere die Larynxloge von links, ohne diese deutlich einzuengen. Es bestehe kein Nachweis einer Trachealstenose. Multiple, eher chronisch entzündlich veränderte Lymphknoten (LK) der Halsweichteile (HWT). Deutliche degenerative HWS-Veränderungen. Ein weiteres knotiges Substrat finde sich unmittelbar an den grossen DS-Knoten links angrenzend im Isthmusbereich. - Der Beschwerdeführer suchte im Januar 2015 (genaues Datum ist nicht lesbar, Vorakten 48) auf ärztliche Zuweisung die chirurgische Poliklinik des Centrums U._____ wegen einem symptomatischen Rezidivstruma links auf. Er befand sich vom 26. Januar 2015 bis zum 6. Februar 2015 in stationärer Behandlung. Es wurde am 2. Februar 2015 eine cervicale Reexploration mit Hemithyreoidektomie links durchgeführt (Vorakten 29, 49). - Laborwerte vom 24. März 2015 (Vorakten 50). - Im teilweise unleserlichen, ärztlichen Befundbericht vom 20. Juli 2015 (Vorakten 52) wurde von Hypertonie, Diabetes mellitus, hypertensive Herzkrankheit mit kong. Herzinsuffizienz, Angina pectoris, Leberzirrhose, schädlicher Gebrauch von Alkohol, Abhängigkeitssyndrom bei Alkoholgebrauch und Adipositas berichtet. - Laborwerte vom 29. Juli 2015 (Vorakten 51). - Bericht von Dr. C._____, Facharzt für Orthopädie, Chirotherapie und Sportmedizin, vom 29. September 2015 (BVGer act. 1/1, act. 9/4, Vorakten 53), wonach der Beschwerdeführer an Bandscheibenschaden der HWS, Cervicalsyndrom, Myogelosen der Schulter-Nacken-Muskulatur, Blockierung im Bereich der BWS und peripherer Gefässkrankheit leide. - Ärztlicher Befundbericht E213 vom 9. Oktober 2015 (Vorakten 66) mit Laborwerten vom 30. September 2015 (Vorakten 65) und internistischer Funktionsdiagnostikbericht vom 1. Oktober 2015 (Echokardiographie, Vorakten 64). Dr. V._____ nahm Untersuchungen des Beschwerdeführers vor, veranlasste eine Laboruntersuchung sowie eine Echokardiographie und stellte die Diagnosen: unzureichend eingestellter insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II mit diabetischer Polyneuropathie und diabetischer Nephropathie (Erstdiagnose 1997), unzureichend eingestellte arterielle Hypertonie mit geringer konzentrischer Linksherzhypertrophie, Leberzirrhose unklarer Genese mit kontrollbedürftiger Thrombozytopenie, Cervicobrachialgien und Adipositas per magna. Die Begutachterin kam zum Schluss, für die letzte Tätigkeit als LKW-Fahrer bestehe dauerhaft ein aufgehobenes Leistungsvermögen seit dem Datum der Rentenantragstellung. Dagegen bestehe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein vollschichtiges Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten unter Vermeidung von Zeitdruck, Nachtschicht, Unfallgefahr, Witterungseinflüssen und Zwangshaltung.

E. 5.2

Die Vorinstanz unterbreitete die medizinischen Akten (vgl. E. 5.1 hiervor) ihrem medizinischen Dienst: - Dr. E._____, IV-Arzt und Allgemeinmediziner fasste am 24. November 2015 (Vorakten 69) den medizinischen Verlauf zusammen und gab den Inhalt

des Formulars E213 der Deutschen Rentenversicherung wieder. Gestützt auf die medizinische Aktenlage nannte er als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II mit diabetischer Polyneuropathie und Nephropathie und als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit arterielle Hypertonie, Leberzirrhose, Cervicobrachialgie und Adipositas. Entgegen der Einschätzung der Gutachterin Dr. V. _____ hielt Dr. E. _____ den Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Er begründete seine abweichende Ansicht dahingehend, dass im Status einzig eine Störung des Vibrationsempfindens distal an den Beinen festgestellt, sensomotorische Störungen oder Ausfälle der peripheren Reflexe klinisch jedoch ausgeschlossen worden seien. Somit sei die Polyneuropathie leichtgradig, werde subjektiv nicht bemerkt und limitiere die Arbeit als Chauffeur nicht. Die Nephropathie werde subjektiv nicht empfunden. Zusammenfassend bestehe keine relevante diabetische Folgekrankheit. Der Diabetes sei bei einem HbA_{1c} von 7.1 (Norm bis 7.0) aus der Sicht des medizinischen Dienstes gut eingestellt. Die Cervicobrachialgie schränke die Beweglichkeit der Halswirbelsäule nur leichtgradig ein. Die Leberzirrhose sei ohne irreversible Funktionsausfälle und die Adipositas sei invalidenfremd. - Am 13. April 2016 (Vorakten 76) nahm Dr. E. _____ erneut Stellung und hielt fest, der Beschwerdeführer habe vom 11. April 2013 bis zum 27. August 2014 Krankentaggeld, vom 1. Januar 2015 bis zum 26. August 2015 Arbeitslosengeld und von September 2015 bis Februar 2016 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes bezogen. Er sei nach dem 27. August 2014 bis heute von keinem Arzt arbeitsunfähig geschrieben worden. Im Bericht von Dr. C. _____ vom 29. September 2015 würden keine Funktionseinschränkungen der Schulter-Nacken-Region dokumentiert, namentlich sei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule altersentsprechend normal, die Schulterbeweglichkeit links nicht eingeschränkt und der negative Schürzentest ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Es würde sich ausschliesslich um therapierbare Schmerzzustände handeln. Es sei auch in diesem Zeugnis keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Es sei nicht einzusehen, warum der Beschwerdeführer nicht als Chauffeur oder in anderen leichten bis mittelschweren Tätigkeiten solle arbeiten können.

E. 6.1

Gestützt auf die obgenannten Unterlagen geht die Vorinstanz davon aus, dass beim Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsfähigkeit als LKW-Fahrer bestehe, da es sich bei dieser leichten bis mittelschweren Tätigkeit um eine den Leiden angepasste Tätigkeit handle.

E. 6.2

Hierbei verkennt sie offensichtlich, dass der Beruf LKW-Fahrer eine körperlich schwere Tätigkeit darstellt, da sie Be- und Entladen des Lastwagens beinhaltet (vgl. BGer 8C_300/2015 E. 7.3.1). Zudem erfordert das Fahren eines LKWs ein längeres Sitzen mit wiederholtem Krafteinsatz des linken Beines beim Kuppeln (sofern der LKW handgeschaltet ist, was vorliegend nicht bekannt ist) und ist diese Tätigkeit mit Hantieren von teilweise schweren Lasten verbunden (vgl. BGer 8C_61/2009 E. 3). Dementsprechend gab denn auch die ehemalige Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, die W. _____ AG, an (Vorakten 25), ihre Chauffeure müssten unter anderem den LKW abladen und dabei manchmal (6-33% oder ½ bis ca. 3h pro Tag) eine mittelschwere Last von 10-25kg und selten (1-5% oder bis ca. ½ h pro Tag) eine schwere Last von über 25kg heben oder tragen.

E. 6.3

Für die Beurteilung der Rechtsfrage (vgl. Urteil des BGER 8C_377/2014 vom 29. Oktober 2015 E. 6.2 m.H.), ob der Beschwerdeführer die verbliebene Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als LKW-Fahrer erwerblich verwerten kann, ist nachfolgend zu klären (vgl. E. 7 hiernach), ob dem Beschwerdeführer diese Tätigkeit, welche das Tragen von schweren Lasten (vgl. E. 7.1 hiernach), das Besteigen des Lastwagens zwecks Be- und Entladen (vgl. E. 7.2 hiernach) und das Führen des Fahrzeugs im Strassenverkehr während längerer Zeit (vgl. E. 7.3 hiernach) beinhaltet, weiterhin zumutbar ist, wie von der Vorinstanz erkannt, oder ob gesundheitliche Gründe dagegen sprechen, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht.

E. 7.1

Der medizinische Dienst der IVSTA ging davon aus (Vorakten 69), dass der Beschwerdeführer eine Last von maximal 15kg tragen könne, das heisst, eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ausüben kann (Vorakten 76) und im Formularbericht E213 wurde von der begutachtenden Vertrauensärztin der Deutschen Rentenversicherung, Dr. V._____, eine leichte Tätigkeit als zumutbar erachtet. Sowohl Dr. E._____, als auch Dr. V._____ erachten damit eine schwere Tätigkeit als nicht mehr zumutbar, wobei Dr. E._____ selber keine Untersuchungen vornahm, sondern sich bei seiner Stellungnahme auf die Aktenlage stützte.

E. 7.1.1

Im Formularbericht E213 unter Anamnese berichtete Dr. V._____ von degenerativen Halswirbelsäulenveränderungen mit Cervicobrachialgien, Schmerzen im Bereich der HWS mit vorwiegender Ausstrahlung in die linke Schulter, den linken Arm und die linke Hand, Lendenwirbelsäulenschmerzen mit Ausstrahlung vorwiegend in das linke Bein und den linken Fuss (Anmerkung des Gerichts: dieses Bein bzw. dieser Fuss wird, sofern der LKW handgeschaltet ist, zum Kuppeln benötigt, was einen Kraftaufwand bedeutet, vgl. E. 6.2 hiervor). Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden stimmen mit den Untersuchungsbefunden überein. Dr. V._____ erkannte aufgrund der vorgenommenen Tests, Neutral-0-Methode (Vorakten 66/5), eine leichtgradig eingeschränkte Beweglichkeit beider Schultergelenke, einen leicht eingeschränkten Überkopf- und Schürzengriff, eine leichtgradige Bewegungseinschränkung des linken Hüftgelenks und eine leichtgradige Einschränkung der Beweglichkeit von Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, was einleuchtet. Weiter hielt Dr. V._____ gestützt auf die Echokardiographie vom 30. September 2015 (Vorakten 64) fest, es zeige sich eine Herzorganschädigung durch die arterielle Hypertonie im Sinne einer geringen konzentrischen Linksherzhypertrophie. Bei diesem Befund ist nachvollziehbar, dass Dr. V._____ eine schwere Tätigkeit nicht mehr als zumutbar erachtete.

E. 7.1.2

Hinzukommt, dass der Beschwerdeführer zeitweise Blutdruckwerte von 180/110 mmHg (Vorakten 64) und 200/100 mmHg aufweist (Vorakten 47), was eine mittelschwere bis schwere Hypertonie darstellt, da der Wert über 180/105 liegt (Hans-Georg Giretz, Begutachtung in der Kardiologie, S. 103). Bei hohem Blutdruck dürfen keine schweren Lasten gehoben oder getragen werden, da dies zu einem abrupten Blutdruckanstieg führen würde (vgl. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208320/publicationFile/12762/leitlinien_rehabeduerftigkeit_hypertonie_langfassung_pdf.pdf, Ziff.

5.9).

E. 7.1.3

Weiter wird im Bericht des Regionalspitals X. _____ vom 12. Juni 2012 berichtet (Vorakten 63/2), es bestehe eine erhebliche Dyspnoe die dem Beschwerdeführer die Arbeit als LKW-Fahrer nahezu verunmögliche. Er habe Brustdruck mit Schmerzen im Bereich des linken Armes. Es sei zu einer Präsynkope während der Arbeit gekommen und er habe sich beim Entladen seines LKWs festhalten müssen. Anlässlich der Koronarangiographie vom 14. Juni 2012 konnte zwar eine koronare Herzkrankheit ausgeschlossen werden, jedoch traten bei der Untersuchung schmerzhaft Vasospasmen auf (vgl. Vorakten 3). Als Vasospasmus bezeichnet man die krampfartige Engstellung von Blutgefässen durch Kontraktion der Gefässmuskulatur, was zu Taubheitsgefühlen und Kribbeln führt (<https://www.medizin-kompakt.de/angiospasmus>). Das Heben und Tragen einer schweren Last erfordert einen grossen körperlichen Kraftaufwand, daher erscheint es dem Bundesverwaltungsgericht fraglich, ob dem Beschwerdeführer dieser Kraftaufwand, bei auftretenden schmerzhaften Vasospasmen überhaupt möglich ist.

E. 7.1.4

Als Zwischenergebnis ergibt sich, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der Schulter-, Nacken- und Rückenschmerzen, dem hohen Blutdruck, der Linksherzhypertrophie und den Vasospasmen das Hantieren mit schweren Lasten nicht mehr möglich ist.

E. 7.2

Im Folgenden ist zu untersuchen, ob dem Beschwerdeführer das Besteigen eines Lastwagens zumutbar ist.

E. 7.2.1

Der Beschwerdeführer gab an, seine Füsse und Hände seien zeitweise taub (Vorakten 26/4), was aufgrund der diagnostizierten diabetischen Polyneuropathie nachvollziehbar erscheint. Bei der Polyneuropathie handelt es sich um eine Erkrankung der so genannten peripheren Nerven, also jener Nerven, welche vom Rückenmarkszentrum zum Körper hinausgehen oder auch umgekehrt verlaufen. Die Nervenschädigungen können sehr unterschiedliche Ursachen haben. Häufige Ursachen sind Alkoholmissbrauch und Zuckerkrankheit, seltener aber auch Vergiftungen mit Chemikalien, verschiedene Medikamente, Vitaminmangelerscheinungen, Stoffwechselstörungen, wie Leber- und Nierenerkrankungen oder Infektionen (vgl. <https://www.neurozentrum-bern.ch/diagnose/polyneuropathien/>). Erste Krankheitsanzeichen sind meist Gefühlsstörungen oder Missempfindungen an den Füssen oder Beinen, welche häufig als Kribbeln, Gramseln, oder Taubheitsgefühl beschrieben werden. Häufig kommt es zu einem Brennen und Schmerzen in den Fusssohlen oder Muskelkrämpfe in den Beinen. Die Beschwerden treten meistens an den Füssen, seltener an den Händen auf, können in manchen Fällen aber auch andere Teile des Körpers betreffen (vgl. <https://www.neurozentrum-bern.ch/diagnose/polyneuropathien/>). Beim Beschwerdeführer liegt eine diabetische Polyneuropathie vor (vgl. BVGer act. 9/5; Vorakten 27, 44), das heisst, durch erhöhte Blutzuckerwerte wurden Nerven geschädigt (vgl. Urteil des BVGer C-288/2015 vom 8. August 2017 E. 4.3.4.4 m.H.).

E. 7.2.2

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass keine medizinischen Unterlagen vorliegen, die die Beweglichkeit und das Gleichgewicht des Beschwerdeführers hinreichend beschreiben,

womit nicht abschliessend festgestellt werden kann, ob dem Beschwerdeführer das Besteigen eines LKWs zumutbar wäre. Aufgrund der vom Beschwerdeführer geschilderten Taubheitsgefühle an Füssen und Beinen erscheint dies zumindest fraglich.

E. 7.3

Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Diabetes mellitus Typ 2, an welchem der Beschwerdeführer leidet, gegen das Führen eines Fahrzeugs spricht.

E. 7.3.1

Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei Diabetes richtet sich nach der Schwere und Einstellbarkeit der Krankheit sowie nach Art und Ausmass der diabetischen Spätkomplikationen (vgl. Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit der Swiss Insurance Medicine [SIM], 2013, [https://www.swiss-insurance-medicine.ch/tl_files/firstTheme/PDF%20Dateien%20ab%202015/4%20Fachwissen%20nachschiagen/Arbeitsunfaehigkeit%20\(Zeugnisse%20verlinkt%20mit%20medforms.ch\)/SIM%20Zumutbare%20Arbeitsaetigkeit%20Broschuere_2013_D.pdf](https://www.swiss-insurance-medicine.ch/tl_files/firstTheme/PDF%20Dateien%20ab%202015/4%20Fachwissen%20nachschiagen/Arbeitsunfaehigkeit%20(Zeugnisse%20verlinkt%20mit%20medforms.ch)/SIM%20Zumutbare%20Arbeitsaetigkeit%20Broschuere_2013_D.pdf)).

E. 7.3.2

Nach der Rechtsprechung ist davon auszugehen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 94/06 vom 23. August 2006 E. 3.4; vgl. auch Urteil des BGer 8C_903/2014 vom 13. August 2015 E. 4.3), dass mit einem adäquat behandelten, gut eingestellten Diabetes mellitus in der Regel keine Arbeitsunfähigkeit verbunden ist. Anders als bei einem entgleisten Diabetes, der eine dauernde Arbeitsunfähigkeit bewirken kann, ergibt sich eine Einschränkung hier allenfalls aus dem Risiko einer plötzlichen Unterzuckerung, weshalb gewisse Berufe wegen Fremd- oder Eigengefährdung, wie der Arbeit an Maschinen, mit Fahrzeugen oder sonstigem hohem Gefahrenpotential nicht als geeignet erscheinen. Das gilt auch für Tätigkeiten, bei denen sich der Diabetiker nicht um seine Stoffwechselkontrolle kümmern kann. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist bei entgleistem Diabetes mellitus das Führen eines Lastwagens aufgrund der Unfallgefahr folglich nicht zumutbar.

E. 7.3.3

Dr. V._____ erachtete den Diabetes mellitus Typ 2 als unzureichend eingestellt, wohingegen der medizinische Dienst der IVSTA einen Wert von HbA1c von 7.1 (Norm 7.0) als gut eingestellt erachtete. Gemäss der Deutschen Diabetes Gesellschaft sollte der Wert bei Diabetes Typ 2 zwischen 6.5 und 7.5 % liegen (http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/dm-therapie-1aufl-vers4-kurz.pdf), womit die Einschätzung des medizinischen Dienstes zwar vordergründig als nachvollziehbar erscheint, in Anbetracht des Nierenversagens im Dezember 2017, jedoch wieder zu relativieren ist. Da das Nierenversagen erst nach Verfügungserlass eintraf, ist vorliegend keine abschliessende Beurteilung hinsichtlich der Einstellung des Diabetes mellitus Typ 2 zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses vorzunehmen. Dies ist denn auch in Bezug auf den Beruf Lastwagenfahrer nicht nötig, denn diese Tätigkeit ist dem Beschwerdeführer bereits nicht mehr zumutbar, da er keine schweren Lasten mehr heben oder tragen kann (vgl. E. 7.1 hiervor).

E. 7.4

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass sowohl Dr. V._____ als auch Dr. E._____ davon ausgehen, dass dem Beschwerdeführer eine schwere Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist, was

aufgrund dessen gesundheitlichen Leiden einleuchtet. Hingegen ist nicht nachvollziehbar, warum der medizinische Dienst, Dr. E. _____, die Tätigkeit als LKW-Fahrer weiterhin als zumutbar erachtet, handelt es sich hierbei doch um eine schwere Tätigkeit. Entgegen der Vorinstanz ist dem Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen die angestammte Tätigkeit als LKW-Fahrer mit dem zugehörigen Be- und Entladen des Fahrzeugs nicht mehr zumutbar.

E. 8

Im Folgenden ist die Rechtsfrage zu beurteilen ob der Beschwerdeführer die verbliebene Leistungsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit erwerblich verwerten kann.

E. 8.1.1

Aus den Akten ist ersichtlich (Vorakten 1/5), dass der Beschwerdeführer gelernter Koch ist, jedoch geht nicht hervor, ob er diese Tätigkeit nach der Lehre ausübte. Die Vorinstanz hat hierzu keine Abklärungen unternommen.

E. 8.1.2

Der Beruf Koch ist keine schwere Tätigkeit, geht jedoch mit einer stehenden Arbeitsposition einher und ist mit Zeitdruck verbunden. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist die Tätigkeit Koch nicht kompatibel mit einem Belastungsprofil, welches eine wechselbelastende leichte, gelegentlich auch mittelschwere Tätigkeit ohne längeres Stehen umfasst (vgl. Urteil des BGer 8C_382/2017 vom 25. August 2017 E. 2.1; (8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 2.1; 8C_418/2015 vom 7. Oktober 2015 E. 2).

E. 8.1.3

Hinsichtlich dem Belastungsprofil erachtet Dr. V. _____ den Beschwerdeführer in einer leichten Tätigkeit mit wechselnder Arbeitsposition als vollschichtig arbeitsfähig (Vorakten 66/7), wohingegen der medizinische Dienst davon ausgeht, dass für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Einschränkung bezüglich Arbeitsposition eine volle Arbeitsfähigkeit besteht (Vorakten 76/2).

E. 8.1.4

Wie nachfolgend zu zeigen ist (vgl. E. 8.2 und 8.3 hiernach), kommt weder dem Formularbericht E213 noch der Stellungnahme des medizinischen Dienstes volle Beweiskraft zu, womit weder auf die eine noch auf die andere Ansicht abgestellt werden kann, so dass vorliegend das verbleibende Belastungsprofil nicht bekannt ist und damit auch nicht beurteilt werden kann, ob Koch oder eine andere Tätigkeit zumutbar ist.

E. 8.2.1

Der medizinische Dienst der IVSTA nahm selber keine Untersuchungen vor, sondern stützte sich auf die Vorakten. Bei den Stellungnahmen des IV-Arztes, Dr. E. _____, handelt es sich folglich um Aktenberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV. Vorliegend ist nicht aktenkundig, dass Dr. E. _____ über Fachwissen in den Bereichen Orthopädie, Neurologie und Kardiologie verfügt, vielmehr unterschrieb er seine Stellungnahme mit dem Zusatz "FMH Allgemeine Medizin". Auf die Äusserung von Dr. E. _____ kann somit nur abgestellt werden, wenn medizinische Berichte und Gutachten von Spezialärztinnen und -ärzten vorliegen, welche es dem IV-Arzt erlaubten, sich ein einheitliches Bild über die gestellten Diagnosen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen (vgl. E. 4.10.4 hiervor).

E. 8.2.2

Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen - wie vorliegend insbesondere orthopädischer, neurologischer, kardiologischer und internistischer Leiden - ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (vgl. Urteil des BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2) und der Grad der Arbeitsfähigkeit jeweils aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden fachärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Die aktenkundigen fachärztlichen Berichte beinhalten aber keine Gesamtbeurteilung, vielmehr handelt es sich um monodisziplinäre Untersuchungsberichte. Hinsichtlich dem Formularbericht E213 vom 9. Oktober 2015 ist festzustellen, dass mangels Angaben über das medizinische Fachgebiet bzw. den Facharztstitel von Dr. V. _____ nicht belegt ist, ob ihre Beurteilung als zuverlässige polydisziplinäre Expertise zu qualifizieren ist. Zwar liegen dem Formularbericht Laborwerte bei und ein Bericht über eine Echokardiographie, jedoch keine Fachexpertisen auf dem Gebiet der Orthopädie und Neurologie. Es fehlt damit eine zuverlässige multidisziplinäre Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, womit sich der medizinische Dienst nicht auf hinreichende Akten stützen konnte. Hinzukommt, dass der Formularbericht E213 nicht in allen Teilen den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten genügt, was nachfolgend zu zeigen ist (vgl. E. 8.3 hiernach).

E. 8.3.1

Das ärztliche Formulargutachten E213 beruht zwar, auf einer eigenen Untersuchung, Echokardiographie und Laboruntersuchungen, es ist jedoch nicht ersichtlich, gestützt auf welche medizinischen Vorakten es erstellt wurde, womit fraglich ist, ob es auf einer vollständigen Anamnese beruht, so fehlt denn auch die Diagnose Alkoholabusus (Abstinenz erst seit November 2017, BVGer act. 23/5, 23/6) vollständig, stattdessen steht in der Anamnese lediglich, dass der Beschwerdeführer gelegentlich ein Bier trinke. Dr. V. _____ setzte sich entsprechend auch nicht mit der Alkoholsucht des Beschwerdeführers auseinander und äusserte sich folglich auch nicht zur Frage, ob dieser gegebenenfalls Krankheitswert zukommt (immerhin besteht eine Leberzirrhose) und welche Wechselwirkungen insbesondere zu den neurologischen (Polyneuropathie) und internistischen (Leberzirrhose) Beschwerden besteht.

E. 8.3.2

Zu klären wäre insbesondere, ob die Sucht eine Krankheit bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder ob sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt gemäss Bundesgericht nicht, dass die Auswirkungen einer Alkoholerkrankung, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Reine Suchtfolgen sind IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen (vgl. Urteil des BGer 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1 und 2.2.2; Urteil des BVGer C-1582/2016 E. 4.3). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende

Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und somatischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist.

E. 8.3.3

Da sich Dr. V. _____ nicht zum Alkoholabusus äusserte, ist ihr Formularbericht in dieser Hinsicht unvollständig. In den Akten fehlt eine hinreichende Auseinandersetzung mit dieser Thematik, womit die Vorinstanz diesbezüglich weitere Abklärungen wird in die Wege leiten müssen.

E. 8.4

Die begutachtende Ärztin, Dr. V. _____, setzte sich zudem nicht mit der Struma-Problematik auseinander.

E. 8.4.1

Zwar wurde der Beschwerdeführer am 2. Februar 2015 erfolgreich operiert (Vorakten 49, 29), jedoch attestierten die behandelnden Ärzte in der Zeit von 28. Februar 2013 bis zur Operation immer wieder eine Arbeitsunfähigkeit (BVGer act. 9/5; Vorakten 9, 27, 28, 39, 41, 44).

E. 8.4.2

Der Beschwerdeführer meldete sich am 23. Dezember 2013 zum Rentenbezug an (Vorakten 1), womit der Anspruch bei gegebenen Voraussetzungen am 1. Juni 2014 beginnt und damit zu klären ist, ob ab 1. Juni 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % bestand (vgl. E. 4.4 hiervor). Hieraus folgt, dass zu diskutieren wäre, ob aufgrund der Struma-Problematik ab 1. Juni 2013 bis zur Operation am 2. Februar 2015 eine Arbeitsunfähigkeit ohne Unterbruch von mindestens 40 % bestand. Entsprechende Überlegungen wurden von Dr. V. _____ nicht vorgenommen. Der Formularbericht ist somit auch in dieser Hinsicht unvollständig und die Auswirkungen der Struma-Problematik nicht hinreichend geklärt, was von der Vorinstanz nachzuholen sein wird.

E. 8.5

Weiter sind die Begründungen von Dr. V. _____ knapp ausgefallen:

E. 8.5.1

Ohne weitere Begründung ist nicht einzusehen, warum Dr. V. _____ bei ihrer Untersuchung der oberen und unteren Extremitäten und des Rückens lediglich leichtgradige Bewegungseinschränkungen feststellte, dann jedoch bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung lediglich leichte Tätigkeiten als zumutbar erachtete. Möglich ist, dass Dr. V. _____ diese Einschränkung auf die kardiologischen und nicht orthopädischen Beschwerden zurückführte, was jedoch aus dem Formularbericht nicht hervorgeht.

E. 8.5.2

Weiter lässt die Bemerkungen von Dr. E. _____ Zweifel am Formularbericht E213 aufkommen, indem er feststellte, ein Diabetes mellitus Typ 2 von 7.1 sei hinreichend eingestellt. Die Einschätzung von Dr. E. _____ entspricht der allgemeinen Beurteilung (vgl. E. 7.3.3 hiervor). Dr. V. _____ erörterte nicht, wieso sie trotz des Wertes von 7.1 von einem nicht hinreichend eingestellten Diabetes mellitus ausging.

E. 8.5.3

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Formularbericht unvollständig und in den Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar ist. Zudem ist die Leistungsbeurteilung von Dr. V._____ zu knapp ausgefallen. Solch knappe Formularberichte reichen allenfalls, wenn sie - im Sinne einer Verlaufsbeurteilung - eine auf klarem Fundament beruhende frühere Einschätzung bestätigen oder wenn die gestellten Diagnosen keine weiteren Fragen aufwerfen, insbesondere keine Abschätzung der funktionellen Folgen notwendig machen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_952/2011 vom 7. November 2012 E. 2.3), was hier jedoch nicht der Fall ist. Insgesamt erfüllt das vorliegende ärztliche Formulgutachten E213 damit die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen an ein beweiskräftiges medizinisches Gutachten nicht.

E. 8.6

Die aufgrund des Formularberichts E213 gestützten Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz vermögen dieses Manko nicht auszugleichen, auch nicht durch eine abweichende Arbeitsfähigkeitseinschätzung. Soweit der IV-Arzt wie hier nicht selber medizinische Befunde erhebt, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das wie vorliegend nicht der Fall, kann die Stellungnahme des internen medizinischen Dienstes keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. E. 4.10.4 hiervor).

E. 8.7

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass den medizinischen Akten keine umfassende Darstellung der Befunde zu entnehmen ist. Insbesondere fehlt eine fachübergreifende, polydisziplinäre Gesamtschau der verschiedenen geltend gemachten somatischen Beeinträchtigungen bzw. der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4), was durch die Vorinstanz nachzuholen ist.

E. 9

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass der medizinische Sachverhalt nicht allseitig abgeklärt wurde, sodass sich die funktionelle Leistungsfähigkeit und damit auch die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilen lassen. Es kann mithin nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden, da von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten fachärztlichen Beurteilung neue verwertbare und entscheidrelevante Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. dazu auch Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 m.H.). Eine antizipierte Beweiswürdigung (vgl. dazu BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 23; BGE 134 I 140 E. 5.3) fällt demnach ausser Betracht. Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückweisen, damit sie die notwendigen weiteren Untersuchungen und Abklärungen in die Wege leiten kann.

E. 9.1

Die Vorinstanz wird zu klären haben, ob der Beschwerdeführer nach seinem Lehrabschluss als Koch tätig war, er auf diese Ressource zurückgreifen kann und ob ihm diese Tätigkeit oder eine andere Verweistätigkeit aus medizinischer Sicht zumutbar ist.

E. 9.2

Zudem wird die Vorinstanz bei einer erneuten Beurteilung die neuen Diagnosen wie Zustand nach akutem Nierenversagen (BVGer act. 23/6) sowie die Auswirkungen einer allfälligen Lebertransplantation (BVGer act. 24) mitzubersichtigen haben.

E. 9.3

Hinsichtlich der erneuten Begutachtung sind Expertisen in den Fachbereichen Orthopädie, Neurologie, Kardiologie und Innere Medizin geboten. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialistinnen und Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der interdisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1, Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Überdies sind die möglichen Wechselwirkungen zwischen den jeweiligen Diagnosen abzuklären und aufzuzeigen.

E. 9.4

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteile des BVGer C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je mit Hinweis auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Dem Beschwerdeführer ist dazu das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 9.5

Es sind vorliegend keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

E. 9.6.1

Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Wie vorstehend dargelegt, konnte der medizinische Dienst der IVSTA nicht auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine reine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen unzulässig, was zwangsläufig zu weiteren Abklärungen hätte führen müssen. Die Vorinstanz hat mithin keine umfassende medizinische Beurteilung eingeholt, obwohl eine solche geboten gewesen wäre.

E. 9.6.2

Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhaltes auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer

C-1582/2016 E. 5.4; C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Dies gilt insbesondere in Fällen wie dem vorliegenden, bei welchem die gebotene interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu Unrecht unterlassen worden ist.

E. 9.6.3

Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein polydisziplinäres Gutachten im Verwaltungsverfahren auch die Möglichkeit der Überprüfung durch ein Obergutachten genommen.

E. 10

Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als begründet und ist insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 10. Februar 2016 aufzuheben ist und die Akten an die Vorinstanz zur Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 11

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 11.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (vgl. BGE 137 V 57 E. 2.1 mit Hinweisen), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 840.61 nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 11.2

Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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