

BVGer C-1685/2013 vom 12. November 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1685_2013

FR: TAF C-1685/2013 du 12 novembre 2015

IT: TAF C-1685/2013 del 12 novembre 2015

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 22. März 2013 (Poststempel) einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 7. März 2013 (act. 41), mit welcher das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 31 % abgelehnt wurde. Prozessthema ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger und wohnt heute in Spanien, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer

C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 7. März 2013) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.3

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 7. März 2013 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. 4

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

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 5.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG 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).

E. 5.3

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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 5.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 5.5

Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 5.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 5.7

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, sondern gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen

ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2).

E. 6.1

Die Vorinstanz stellt sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Bodenleger zu 60 % in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, und in einer leidensangepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Sie stützt sich in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilung ihres medizinischen Dienstes ab.

E. 6.2

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass sein Krankheitsbild wesentlich schwerwiegender sei, als es die Vorinstanz anerkenne. Im Abklärungsverfahren seien zahlreiche weitere schwerwiegende Erkrankungen über andere Fachgutachter und Arztberichte nachgewiesen worden, welche die Vorinstanz nicht berücksichtigt habe. Der Beschwerdeführer kritisiert insbesondere das vom spanischen Versicherungsträger eingeholte Formulgutachten E 213, auf welches sich die Beurteilung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz im Wesentlichen stützt.

E. 7

Den vorliegenden medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

E. 7.1

In den Berichten der behandelnden Ärzte des Spitals D. _____ vom 12. November 2010 (act. 20), vom 16. März 2011 (act. 22) und vom 29. März 2011 (act. 23) wird als Diagnose jeweils eine Lumboischialgie aufgeführt. In einem undatierten Überweisungsbericht des Spitals D. _____ werden zusätzlich Diskushernien L4/5 und L5/S1 genannt (act. 19).

E. 7.2

Im vom spanischen Versicherungsträger eingeholten ärztlichen Formularbericht E 213 der Amtsärztin Dr. med. E. _____ vom 12. Juni 2012 werden als Diagnosen eine degenerative Veränderung der Wirbelsäule sowie eine Gonarthrose rechts genannt. Die Gutachterin ist der Ansicht, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Parkettverleger seit 2012 nicht mehr ausüben, eine angepasste Tätigkeit im Bereich Kontrolle und Überwachung aber in Vollzeit verrichten könne. Als Grad der Leistungsminderung für jede sonstige den Fähigkeiten des Betreffenden entsprechende Tätigkeit nach den Rechtsschriften des Wohnlandes gab sie 60 % an. Sie hielt weiter fest, dass der Beschwerdeführer regelmässig nur noch leichte Arbeiten verrichten könne und legte das folgende Zumutbarkeitsprofil fest: Vermeiden von Arbeit in Nässe und Kälte, von Tätigkeiten mit häufigem Bücken, mit Heben oder Tragen von Gegenständen, mit Benutzung von Rampen, Treppen und Leitern, bei Absturzgefahr; Arbeiten in wechselnder Körperhaltung (act. 6).

E. 7.3

Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom medizinischen Dienst der Vorinstanz nahm nach Prüfung der oben genannten Berichte zur medizinischen Situation und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers Stellung. Er nannte in seiner Aktenbeurteilung vom 26. Oktober 2012 als Diagnosen eine lumbosakrale Spondylose mit degenerativen Veränderungen (M47.8) und eine Gonarthrose rechts (M17.1). Er geht davon

aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 18. März 2011 zu 60 % in der Arbeitsfähigkeit in seiner bisherigen Tätigkeit eingeschränkt sei. In einer angepassten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung. Er legte das folgende Zumutbarkeitsprofil fest: keine schweren Arbeiten, Tragen von Gewichten bis max. 10 kg, keine Einflüsse von Kälte und Feuchtigkeit. Als zumutbare Verweistätigkeiten bezeichnete er folgende Tätigkeiten: Museums- und Parkwärter, Kleinlieferungen mit einem Fahrzeug, Versandhandel, Ticketverkäufer, Registrierung, Ablage und Archivierung, Empfang/Rezeption, Telefonist, Eingabe und Scannen von Daten (act. 26).

E. 7.4

Der Beschwerdeführer reichte einwandweise folgende ärztlichen Berichte ein:

E. 7.4.1

Im Bericht des Universitätsspitals D._____ vom 20. Dezember 2012 wird als Diagnose eine Schlafapnoe mit CPAP-Behandlung seit 2010 erwähnt (act. 36).

E. 7.4.2

Laut einem ärztlichem Attest des Gesundheitszentrums D._____ vom 21. Dezember 2012 leidet der Beschwerdeführer seit 2010 an einer mittels CPAP behandelten Apnoe (act. 37).

E. 7.4.3

Dr. med. B._____, Spezialist für Traumatologie und Orthopädie, hält in seinem Privatgutachten vom 1. Februar 2013 als Diagnosen Diskushernien L4/5 und L5/S1, eine fortgeschrittene lumbale Degeneration, eine schwere Hyperlordose, eine Zervikalarthrose mit Versteifung und Schmerzen, eine Periarthritis an beiden Schultern, Gonarthrosen beidseits und eine Schlafapnoe fest. Die Verletzungen des Rückens und des Bewegungsapparates sowie die Atemwegserkrankung würden eine vollständige und definitive Einschränkung in seiner Aktivität als Polier/Lackierer verursachen (act. 33).

E. 7.4.4

Im vom Beschwerdeführer eingeholten pneumologischen Bericht von Dr. med. C._____ vom 5. Februar 2013 werden folgende Diagnosen genannt: Asthma Bronchialis, obstruktive Ventilationsstörung, Schlafapnoesyndrom, arterielle Hypertension, Gonarthrose links, Lumboischialgie links sowie Nabelbruch. Aufgrund der im direkten Zusammenhang mit dem Schlafapnoesyndrom, der obstruktiven Atemwegserkrankung und dem Bluthochdruck stehenden Klinik bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. 32).

E. 7.5

Nach Sichtung dieser vom Beschwerdeführer neu eingereichten ärztlichen Berichte nahm Dr. med. F._____ vom medizinischen Dienst am 28. Februar 2013 ergänzend Stellung und hielt als zusätzliche Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein obstruktives Ventilationsyndrom fest. Zudem nannte er als Diagnose neu eine Gonarthrose beidseitig (M17.0), anstelle der Gonarthrose rechts (M17.1). Er geht davon aus, dass aufgrund der neuen Informationen der Beschwerdeführer seit dem 18. März 2011 zu 80 % in der Arbeitsfähigkeit in seiner bisherigen Tätigkeit eingeschränkt sei. In einer angepassten Tätigkeit bestehe weiterhin keine Einschränkung. Die Festlegung des Zumutbarkeitsprofils und der Verweistätigkeiten belies er unverändert (act. 40).

E. 8

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz die anspruchsverneinende Verfügung zu Recht auf die Beurteilung ihres medizinischen Dienstes abgestellt hat beziehungsweise ob sich aufgrund der Aktenlage der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist.

E. 8.1

Auf eine Stellungnahme eines versicherungsinternen Arztes kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügt. Dr. med. F. _____ vom medizinischen Dienst hat im vorliegenden Fall keine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers durchgeführt, sondern seine Beurteilung aufgrund der ihm vorgelegten medizinischen Berichte abgegeben. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist nicht an sich ein Grund, um einen versicherungsinternen ärztlichen Bericht in Frage zu stellen (vgl. Art. 49 Abs. 2 IVV). Dies gilt insbesondere, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1). Soweit IV-Ärzte wie hier nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme 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). Vorliegend ist somit insbesondere entscheidend, ob sich die Aktenbeurteilung des medizinischen Dienstes auf beweiskräftige medizinische Berichte stützt und ob die Einschätzungen des medizinischen Dienstes hinsichtlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers überzeugend und schlüssig sind.

E. 8.2

Aus den oben dargestellten ärztlichen Berichten und Gutachten wird ersichtlich, dass der Beschwerdeführer an orthopädischen und an pulmonalen Beschwerden leidet, welche nach der Einschätzung der begutachtenden (Fach-)Ärzte und dem medizinischen Dienst die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussen. Treffen wie hier verschiedene Gesundheitsbeeinträchtigungen zusammen, ist in der Regel eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (vgl. Urteil des BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2) und der Grad der Arbeitsunfähigkeit ist grundsätzlich in einer sämtliche Behinderungen umfassenden medizinischen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (vgl. Urteil des BGer 9C_948/2012 vom 22. Juli 2013 E. 4.3). In den Akten befindet sich jedoch keine in diesem Sinn zuverlässige und schlüssige interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers, auf die sich der medizinische Dienst der Vorinstanz hätte stützen können.

E. 8.3

Massgebende Grundlage für die Aktenbeurteilung des medizinischen Dienstes ist der Formularbericht E 213 der spanischen Amtsärztin Dr. med. E. _____ vom 12. Juni 2012. Dieser beruht zwar auf eigenen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange aber nicht umfassend und nimmt nicht ausführlich Bezug auf die Vorakten (Anamnese). Die

pulmonalen Beschwerden blieben völlig unberücksichtigt. Der Bericht enthält überdies nur sehr knappe Schilderungen der Befunde und der Funktionseinschränkungen. Gerade bei Gesundheitsschädigungen im Bereich der Orthopädie ist aber nicht bloss die Diagnose, sondern eine schlüssige qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen von zentraler Bedeutung. Eine eingehende (fachärztliche) klinische Erhebung in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen des Bewegungsapparates ist hier aber nicht ersichtlich (vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2). Ein solch knapper Formularbericht wie der vorliegende kann allenfalls dann ausreichend sein, wenn auf klarem Fundament beruhende frühere Einschätzung bestätigt werden oder wenn die gestellten Diagnosen keine weiteren Fragen aufwerfen, insbesondere keine exakte Abschätzung der funktionelle Folgen notwendig machen (vgl. Urteil des BGer 9C_952/2011 vom 7. November 2012 E. 2.3), was hier aber nicht der Fall ist. Schliesslich ist auch nicht ersichtlich über welche Spezialisierung die spanische Amtsärztin verfügt. Der Formularbericht E 213 entspricht daher nicht den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten, weshalb ihm für sich allein kein hinreichender Beweiswert zukommt.

E. 8.4

Was die Beschwerden am Bewegungsapparat des Beschwerdeführers anbelangt, so wurden dem medizinischen Dienst mit dem ärztlichen Formularbericht E 213 (act. 6) sowie dem Privatgutachten von Dr. med. B._____ vom 1. Februar 2013 (act. 33) zwei voneinander abweichende ärztliche Einschätzungen unterbreitet.

E. 8.4.1

Während die spanische Amtsärztin aufgrund einer klinischen Untersuchung eine Arthrose im Wirbelsäulenbereich sowie eine Arthrose im linken Knie festgestellt hat, hat Dr. med. B._____ gestützt auf klinische und bildgebende Untersuchungen als Diagnosen Diskushernien L4/5 und L5/S1 (mit Wurzelkontakt L4 recht und S1 links), eine Degeneration und Fehlhaltung im Bereich der Lendenwirbelsäule, eine Arthrose im Bereich der Halswirbelsäule, Degenerationen im Bereich beider Schultern sowie eine Kniearthrose beidseitig diagnostiziert.

E. 8.4.2

Dr. med. F._____ wich in der Diagnosestellung insbesondere von der (spezialärztliche) Beurteilung von Dr. med. B._____ ab, indem er neben der Kniearthrose lediglich ein lumbospondylogenes Syndrom als relevante Diagnose festhielt. In seiner Beurteilung hielt er fest, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden Lumbalgie leide. Anamnestisch werde eine Lumboischialgie genannt, obwohl im Formulargutachten E 213 keine klinischen Anzeichen auf eine Nervenwurzelkompression bestünden. Eine radiologische Dokumentation fehle vollständig. Er könne sich der im vorliegenden Fall von der spanischen Amtsärztin attestierten Arbeitsunfähigkeit von 60 % anschliessen. Hingegen sei dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit ohne Tragen schwerer Gewichte, ohne gebückter oder anderer Zwangshaltungen zumutbar. In seiner ergänzenden Stellungnahme hielt Dr. med. F._____ fest, dass im Bericht von Dr. med. B._____ keine richtige klinische Untersuchung dokumentiert sei. Die radiologische Untersuchung bestätige die Rückenprobleme sowie eine Gonarthrose beidseitig und nicht bloss einseitig. Zudem scheine sich die Lumboischialgie im Vergleich zum Formulargutachten E 213 verschlechtert zu haben. Für leichte Tätigkeiten verbleibe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

E. 8.4.3

Zwar enthält der Bericht von Dr. med. B. _____ keine den Beweisanforderungen entsprechende Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen und einer leidensangepassten Tätigkeit. Insbesondere kann dem Bericht nicht entnommen werden, auf welchen Vorakten er beruht, weshalb nicht davon ausgegangen werden kann, dass er aufgrund einer vollständigen Anamnese erstellt wurde. Zudem ist dem Bericht keine eingehende klinische Erhebung in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen des Bewegungsapparates und keine nähere Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen. Dennoch hätte sich Dr. med. F. _____ in seiner Aktenbeurteilung mit der abweichenden, aktuellen fachärztlichen Einschätzung von Dr. med. B. _____ auseinandersetzen müssen. Eine genügende Auseinandersetzung ist in seiner sehr knapp gehaltenen Stellungnahme aber nicht ersichtlich. Dr. med. F. _____ hat nicht dargelegt, aus welchen Gründen er von der Einschätzung von Dr. med. B. _____ abweicht. Insbesondere hat er nur Beschwerden im Bereich der Knie und der Lendenwirbelsäule anerkannt, ohne sich zu den von Dr. med. B. _____ festgestellten Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule und an den Schultern mit einem Wort zu äussern, obwohl diese auf aktuellen bildgebenden Untersuchungen beruhen. Im Gegensatz dazu hat die spanische Amtsärztin keine bildgebenden Untersuchungen durchgeführt, worauf Dr. med. F. _____ auch selbst hinweist. Aus der Anamnese des E 213 geht zwar hervor, dass der spanischen Amtsärztin bildgebende Untersuchungsergebnisse aus dem Jahr 2011 vorlagen. Eine erkennbare Auseinandersetzung und Würdigung dieses Materials fand hingegen im E 213 nicht statt. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, dass Dr. med. F. _____ der Feststellung von Dr. med. B. _____, wonach ein Druck auf die Wurzel L4 recht und S1 links bestehe, entgegnet, dass sich im ärztlichen Formularbericht E 213 keine Hinweise auf eine Wurzelkompression ergäben. Schliesslich ist auch nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. med. F. _____ von einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 80 % (zunächst 60 %) ausgeht, obwohl im Formularbericht E 213 wie auch in der Einschätzung von Dr. med. B. _____ ausdrücklich festgehalten wird, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sei. Auch geht Dr. med. F. _____ nicht darauf ein, weshalb er von der im Formulargutachten E 213 attestierten Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 60 % in Verweistätigkeiten abweicht und von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in Verweistätigkeiten ausgeht.

E. 8.5

Hinsichtlich der pulmonalen Beschwerden ist dem Bericht des Pulmologen Dr. med. C. _____ vom 5. Februar 2013 (act. 32) zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einem Asthma Bronchialis, einem obstruktiven Ventilationssyndrom sowie an einem Schlafapnoesyndrom leidet. Das Schlafapnoesyndrom werde mit einer CPAP-Therapie (CPAP = continous positive airway pressure) behandelt. Dr. med. C. _____ geht davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vollständig eingeschränkt sei. Auch der Bericht von Dr. med. C. _____ entspricht offensichtlich nicht den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten. Es fehlt unter anderem an einer nachvollziehbaren Lungenfunktionsdiagnostik unter Berücksichtigung der Art und Intensität der Atembeschwerden, was für die Beurteilung der Einschränkungen von Lungenbeschwerden in der Regel erforderlich ist (vgl. Swiss Insurance Medizin, Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und Krankheit, S. 19). Dr. med. F. _____ hat sich auch mit dieser aktuellen fachärztlichen Einschätzung nicht erkennbar

auseinandergesetzt. Er hat insbesondere nicht dargelegt, weshalb er nur ein obstruktives Ventilationssyndrom als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufnahm und sich nicht dazu geäußert, welchen Einfluss dieser Gesundheitsschaden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Er hat auch nicht zur abweichenden Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. med. C. _____ Stellung genommen und nicht ausgeführt, weshalb er das Schlafapnoe-Syndrom nicht als relevante Diagnose betrachtet, obwohl der Beschwerdeführer die Wirksamkeit der CPAP-Therapie in Frage stellt.

E. 8.6

Aus dem Dargelegten folgt, dass sich die Beurteilung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz hinsichtlich der streitigen Fragen nicht auf beweistaugliche medizinische Unterlagen stützt. Auch im Rahmen einer Gesamtschau der ärztlichen Berichte aus Spanien ist es nicht möglich, ein umfassendes und einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen. Zum einen beinhalten die aktenkundigen ärztlichen Berichte weder eine zuverlässige multidisziplinäre Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustandes noch schlüssige Feststellungen zur Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist auch die Diagnosestellung als Basis für die Gesamtbeurteilung nicht genügend geklärt. Unter diesen Umständen kann nicht von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden, welcher Voraussetzungen für eine Aktenbeurteilung ist. Überdies fehlt es an einer ausreichenden und nachvollziehbaren Auseinandersetzung mit abweichenden spezialärztlichen Einschätzungen. Die fehlende fachspezifische Qualifikation in den hier relevanten Disziplinen (Orthopädie und Pneumologie) des Arztes des medizinischen Dienstes stellt ein weiteres Indiz gegen die Zuverlässigkeit und damit den Beweiswert seiner Aktenbeurteilung dar (vgl. Urteil des BGer 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2). Die Vorinstanz hätte sich unter diesen Umständen nicht mit einer Aktenbeurteilung ihres medizinischen Dienstes begnügen dürfen, sondern hätte mit Blick auf die widersprüchliche und unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen. Eine zuverlässige Beurteilung des Invaliditätsgrades gestützt auf die vorhandenen Akten mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist folglich nicht möglich.

E. 9

Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da es an einer Gesamtbeurteilung fehlt und die Fragen, welchen Einfluss das Schulterleiden, die Beschwerden der Halswirbelsäule und die pulmonalen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben, völlig ungeklärt geblieben sind, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine multidisziplinäre fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers (insbesondere in orthopädischer und pneumologischer Hinsicht) sowie von dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Begutachtung in der Schweiz besteht nicht; es ist an der

Vorinstanz über dessen Notwendigkeit zu befinden (vgl. Urteil des BGer 9C_952/2011 vom 7. November 2011 E. 2.4). Anschliessend hat die Vorinstanz neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 405.50 nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Da der Vorinstanz gestützt auf Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen sind, werden keine Verfahrenskosten erhoben.

E. 10.2

Der obsiegende 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 Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 1'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt. (Urteilsdispositiv auf der nächsten Seite)

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