

BVGer C-183/2015 vom 8. März 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-03-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-183_2015

FR: TAF C-183/2015 du 8 mars 2016

IT: TAF C-183/2015 del 8 marzo 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Beurteilung der Beschwerde zuständig (Art. 31 VGG i. V. mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]; vgl. auch Art. 32 VGG). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung. Er ist im vorliegenden Verfahren beschwerdelegitimiert (Art. 48 VwVG, vgl. Art. 59 ATSG [SR 831.1]). Der Kostenvorschuss wurde rechtzeitig geleistet, und die Eingabe erfolgte frist- und formgerecht, so dass darauf eingetreten werden kann (Art. 52 Abs. 1 VwVG, vgl. 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 18. Dezember 2014, mit der die Vorinstanz dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Oktober 2013 eine bis zum 31. Juli 2014 befristete ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen hat. Prozessthema ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) 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: 18. Dezember 2014) 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). Die Entwicklung der tatsächlichen Verhältnisse nach Verfügungserlass ist jedoch mitzubersichtigen, sofern sie für die zurückliegende Zeit aussagekräftig ist (BGE 116 V 80 E. 6b; Urteil des BGer I 649/06 vom 13. März 2007 E. 3.4).

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 18. Dezember 2014 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.

E. 4.1

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. 4.2

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. 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. 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. 4.4

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, so dass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 Bst. c - g 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 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. 4.6

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. 4.7

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. 4.8

Der Beweiswert von RAD-Berichten ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) genügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 mit weiteren Hinweisen). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens 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. 5

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. Unumstritten ist die Erkenntnis der Vorinstanz, wonach Beschwerdeführer ab dem 8. Oktober 2012 sowohl in seiner bisherigen Tätigkeit als Traktorführer als auch in jeder anderen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war. Der von der Vorinstanz verfügte Beginn des Rentenanspruchs am 1. Oktober 2013 sowie dessen Höhe (monatliche Rente: CHF 1'170.-) werden nicht bestritten. Bemängelt wird die Aufhebung des Rentenanspruchs per Ende Juli 2014.

E. 6

Die Vorinstanz stellt sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, dass seit dem 1. Mai 2014 in einer leidensangepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Sie stützt sich in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilung des RAD ab. Der Beschwerdeführer macht geltend, dass sich sein Gesundheitszustand nicht verbessert habe, sondern gleichbleibend sei. Es sei von einer fortwährenden Invalidität auszugehen. Die Vorinstanz habe die vorliegenden Arztberichte nicht in ausreichendem Mass berücksichtigt. Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die Rente zu Recht per 31. Juli 2014 aufgehoben hat.

E. 6.1

Nach der Rechtsprechung ist bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente nebst der Revisionsbestimmung des Art. 17 Abs. 1 ATSG die Bestimmung über die Änderung des Leistungsanspruchs bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass diese mitberücksichtigt wird (Urteil des BGer 8C_670/2011 vom 10. Februar 2012 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 6.2

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird eine Rente entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad des Rentenbezügers erheblich verändert hat. 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 dauern wird (Art. 88a

Abs. 1 Satz 1 IVV). Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 Satz 2 IVV).

E. 6.3

Die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts ist kein Revisionsgrund; unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (siehe nur BGE 115 V 313 E. 4a/bb mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen. Ob eine derartige tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis). Bei Herabsetzung oder Einstellung einer bisher ausgerichteten Leistung trägt der Versicherungsträger die Folgen der Beweislosigkeit (RKUV 1994 328, 1992 76 vgl. auch 121 V 228).

E. 6.4

Vorliegend war der Nachweis einer dauerhaften und voraussichtlich weiterhin andauernden erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes Voraussetzungen für der Rentenaufhebung.

E. 7

Den vorliegenden medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

E. 7.1

In den Berichten der behandelnden Ärzte ist festgehalten, dass der Beschwerdeführer am 8. Oktober 2012 einen Arbeitsunfall erlitten hat. Beim Wechseln eines Rades an einem Traktor sei dieses plötzlich von der Radnabe gefallen und gegen den Versicherten gerollt respektive gekippt. Beim Versuch, das Rad aufzufangen, seien plötzlich starke und anhaltende Schmerzen im unteren Rückenbereich aufgetreten (act. 16 S. 9, 11, 16 und 25). Die Erstkonsultation beim Hausarzt (Dr. B. _____) erfolgte am Unfalltag. Am 11. Oktober 2012 erfolgten eine konventionelle Röntgenuntersuchung sowie eine Computertomografie (CT) der Lendenwirbelsäule (LWS; act. 16 S. 5). Am 12. Oktober 2012 wurde eine Magnetresonanztomografie (MRT) der LWS gemacht (act. 16 S. 3). Am 31. Oktober und am 7. November 2012 erfolgten Konsultationen bei H. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirurgie und Chirotherapie, wegen Schmerzen der LWS. Bei der Kontrolle am 7. November 2012 sei der Versicherte beschwerdefrei gewesen. Am 8. Januar 2013 und am 29. Januar 2013 wurden durch Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurochirurgie, interventionelle Schmerzbehandlungen durchgeführt (röntgenkontrollierte Infiltrationen des Iliosakralgelenks [ISG] und der Facettengelenke LWK4 bis SWK1 und am 17. Januar 2013). Am 11. März 2013 folgte eine Termokoagulation der Facettengelenke

LWK4 bis SWK1 und des ISG (act. 16 S. 13). Nach einer weiteren CT-Untersuchung am 9. April 2013 (act. 16 S. 19) erfolgte aufgrund der Diagnosen Bandscheibenvorfall LWK5/SWK1 links und Durafistel am 22. April 2013 eine Bandscheibenoperation (Duraabdichtung; Sequestro- und Nukleotomie L5/S1 links; act. 16 S. 22 und 23). Am 17. Juni 2013 wurde bei wiederkehrendem Bandscheibenvorfall eine erneute Bandscheibenoperation durchgeführt (Resequesterotomie und Renukleotomie LWK5/SWK1 links; act. 19 S. 7). Anlässlich einer Kontrolluntersuchung beim Neurochirurgen am 24. Juli 2013 wurden dem Versicherten aufgrund von anhaltenden Schmerzen erneute Infiltrationen der Facettengelenke und des ISG und - bei positivem Effekt - eine anschliessende Facettenkoagulation empfohlen (act. 19 S. 6). Aus den Vorakten ist nicht ersichtlich, ob und wann diese Schmerztherapien durchgeführt wurden. Am 24. September 2013 erfolgte eine operative Versteifung der Lendenwirbelsäule (Spondylodese LWK5/SWK1 von links; act. 19 S. 5). Nach einem erneuten Sturz und einer Schraubenlockerung mit Wirbeldislokation erfolgte am 21. November 2013 eine weitere Operation (Respondylodese mit Umsetzen der linken Schraube L5 und Augmentation; act. 33 und 34). Anlässlich der Untersuchung durch den Neurochirurgen am 17. Februar 2014 wurde eine deutliche ISG-Symptomatik links bei nachgewiesener ISG-Arthrose diagnostiziert und eine Rizothomie empfohlen (act. 35). Aufgrund der Diagnose Facettensyndrom lumbal und sakral nahm der Neurochirurg am 29. April 2014 eine weitere Operation vor (Facettenrhizotomie SWK1, transsakraler Block links; act. 32). Im Untersuchungsbericht des Neurochirurgen E. _____ vom 6. November 2014 (eingereicht im Beschwerdeverfahren; Beilage zu BVGer-act. 1) ist vermerkt, dass der Versicherte stark schmerzgeplagt sei und sich kaum bewegen oder drehen könne. Als Therapiealternative wurde die Implantation einer Morphium Pumpe intrathekal erwogen. Gemäss den im Beschwerdeverfahren eingereichten Entlassungsberichten (Beilagen zu BVGer-act. 10) wurde der Versicherte Ende Januar 2015 und im April 2015 erneut an der Lendenwirbelsäule operiert (29. Januar 2015: Entfernung des Schrauben/Stabsystems in Höhe LWK5/SWK1 links mit L5- und S1-Freilegung links sowie Thermokoagulation von LWK5 bis ISG in mikrochirurgischer Technik aufgrund einer foraminalen Stenose mit LWK5-Affektion in Höhe LWK, Facettensyndrom der LWS und ISG Syndrom; 9. April 2015: DIANA-Operation links [Distractions-Interferenz-Arthrodesen] aufgrund der ISG-Arthrose.

E. 7.2

Nach Untersuchungen am 18. Dezember 2012 (act. 16 S. 11), am 8. Januar 2013 (act. 16 S. 4) und am 17. Januar 2013 (act. 16 S. 7) und unter Berücksichtigung der radiologischen Untersuchungen vom 11. und 12. Oktober 2012 stellte der Neurochirurg Dr. I. _____ mit Bezug auf das Rückenleiden die folgenden Diagnosen (act. 16 S. 7, 10, 11, 13, 14) : « - LWK5/SWK1: mediolateral links gelegener Bandscheibenvorfall- LWK4/LWK5: beginnende Rezessusstenose beidseits- ISG-Syndrom links». Im Bericht vom 24. April 2013 (act. 16 S. 23) hielt der Neurochirurg auch ein Facettensyndrom fest. In den Berichten des Neurochirurgen vom 17. Februar 2014 (act. 35) und vom 6. November 2014 (act. 52 S. 5 und Beilage zu BVGer-act. 1) wurde zusätzlich die Diagnose ISG-Syndrom links bei ISG-Arthrose aufgeführt.

E. 7.3

Der Formularbericht des behandelnden Hausarztes (Dr. B. _____) an die Invalidenversicherung vom 9. Oktober 2013 (act. 19 S. 1 bis 4) erfolgte kurz nach der

Operation vom 24. September 2013 nach einer Untersuchung am 7. Oktober 2013. Im Bericht wurde darauf hingewiesen, dass das Ergebnis der Operation noch abzuwarten sei. Eine körperliche Arbeit wurde aber auch für die Zukunft ausgeschlossen. Der Versicherte könne sich nicht bewegen und leide unter abnormen Schmerzen. In einem detaillierten Zumutbarkeitsprofil (act. 19 S. 4) wurden diverse Arten von Tätigkeiten und Funktionen ausgeschlossen (rein "sitzende" Tätigkeiten, rein "stehende" Tätigkeiten, vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten, Bücken, Über-Kopf-Arbeiten, Kauern; Knien, Rotation im Sitzen/Stehen, Heben/Tragen körpfernah/-fern, auf Leitern/Gerüste steigen, Treppen steigen). Lediglich wechselbelastende Tätigkeiten seien eventuell in einem späteren Verlauf in einem Umfang von 3 bis 4 Stunden möglich. Aufgrund der Schmerzen wurden auch Einschränkungen des Konzentrationsvermögens und der Belastbarkeit beschrieben. Der Hausarzt stellte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierender Bandscheibenvorfall L5/S1; - Zustand nach Sequestero- und Nukleotomie L5/S1 am 22. April 2013, Resequesterotomie am 17. Juni 2013, Resequesterotomie und Renukleotomie am 24. September 2013; - Starke psychische Belastung; - ISG-Syndrom links.

E. 7.4

Der am 25. April 2014 in den Vorakten erstmals erwähnte undatierte Bericht des behandelnden Arztes (Dr. B. _____) an die Invalidenversicherung (act. 30 S. 1 bis 5; act. 38) wurde nach einer Kontrolluntersuchung am 11. April 2014 und vor der Hospitalisation Ende April 2014 erstellt. Die Seite 2 des Berichtsformulars wurde nicht ausgefüllt. Anstelle aktualisierter Angaben wurde eine Kopie der entsprechenden Seite des Berichtes vom 9. Oktober 2013 eingefügt. Zu den Fragen unter den Ziffern 1.4 bis 1.7 des Formulars wurden die Antworten damit nicht aktualisiert. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit wurde auch in diesem Bericht ausgeschlossen. Im aktualisierten Zumutbarkeitsprofil wurde nebst allen anderen Tätigkeiten neu auch eine wechselbelastende Tätigkeit vollständig ausgeschlossen. Neu wurden auch schmerzbedingte Einschränkungen des Auffassungsvermögens und der Anpassungsfähigkeit beschrieben.

E. 7.5

Der Bericht des regionalärztlichen Dienstes vom 18. Juli 2014 (act. 36) basiert auf der Untersuchung vom 16. Juli 2014 durch die Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie D. _____. Durch Befragung des Versicherten wurden die aktuellen Beschwerden und Therapiemassnahmen, eine vegetative Anamnese sowie die Familien-, Sozial- und Arbeitsanamnese erhoben. Unter dem Titel «Eigenanamnese» wurden fünf operative Eingriffe an der Lendenwirbelsäule erwähnt. Die RAD-Ärztin führte eine orthopädische/rheumatologische Körperuntersuchung der Wirbelsäule sowie der oberen und der unteren Extremitäten durch. Im RAD-Bericht wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten: - Schmerzhaftige Bewegungs- und Belastungseinschränkung der LWS bei - Status nach Diskushernie L5/S1 links (Operationen 4/2013 und 6/13) - Status nach Spondylodese L5/S1 (Operationen 9/2013 und 11/2013) - Fragliche Hypästhesie linkes Bein (kein Dermatome-Bezug). In ihrer Würdigung hielt die RAD-Ärztin fest, es bestünden deutliche Inkonsistenzen zwischen den demonstrierten Einschränkungen der Wirbelsäulenfunktion und der spontanen Beweglichkeit. Es hätten sich Hinweise auf eine Symptomausweitung und eine Verdeutlichungstendenz gezeigt. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine Funktionsminderung des linken Beines gezeigt. Hinweise auf stärkste

Schmerzen, wie vom Hausarzt beschrieben, hätten bei der Untersuchung nicht gefunden werden können. Ein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender somatischer Gesundheitsschaden sei ausgewiesen. Die bisherige Tätigkeit als Traktorführer sei nicht mehr möglich. In einer angepassten Tätigkeit (mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastung über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten) sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben seit Mai 2014.

E. 8

Die Vorinstanz stützte ihren Entscheid auf den Bericht des RAD vom 18. Juli 2014. Nicht umstritten und vom RAD bestätigt ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwischen Oktober 2012 und April 2014. Die vollumfängliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit in diesem Zeitraum ist angesichts des Verlaufs mit zahlreichen Operationen evident, und die Beurteilung der Vorinstanz ist nicht zu bemängeln. Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz die anspruchsbegrenzende Verfügung zu Recht auf die Beurteilung des RAD abgestellt hat beziehungsweise ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt wurde.

E. 8.1

Gemäss ihrer Stellungnahme vom 29. April 2014 ging die RAD-Ärztin davon aus, dass der Krankheitsverlauf gemäss den Ausführungen des Hausarztes hochgradig auffällig sei. Dem Hausarztbericht vom April 2014 sei zu entnehmen, dass sieben Monate nach der Operation noch eine Wunde bestehe, der Patient nur mit Gehstöcken gehfähig sei und der Beginn der Krankengymnastik erst geplant werden könne (act. 38 S. 5). Die RAD Ärztin liess dabei den Umstand unberücksichtigt, dass diese Beschreibung des Verlaufs aus dem Formularbericht vom 9. Oktober 2013 (act. 19) stammt (vgl. E. 7.4) und aufgrund einer Untersuchung zwei Wochen nach der betreffenden Operation vom 24. September 2013 erstellt wurde. Die Annahme eines hochgradig auffälligen Verlaufs kann daher nicht nachvollzogen werden.

E. 8.2

Im Bericht des RAD vom 18. Juli 2014 sind die Befragung des Versicherten und die Körperuntersuchung ausführlich dokumentiert. In dieser Stellungnahme wurde der Formularbericht des Hausarztes vom April 2014 (act. 30) und die Thermodenervation der Facettengelenke vom 29. April 2014 (vgl. act. 32) erwähnt. Weitere Hinweise auf die medizinischen Vorakten sind im Bericht nicht enthalten. Die Anamnese der Wirbelsäulenerkrankung und die Auflistung der operativen Eingriffe (act. 36 S. 3) sind im Rahmen der Befragung des Patienten respektive unter dem Titel «Eigenanamnese» dargestellt. Im Bericht des RAD sind keine Hinweise dafür enthalten, dass die RAD-Ärztin - über die neuesten Arztberichte vom 23. und 29. April 2014 hinaus - Kenntnis der Vorakten, insbesondere auch der Arztberichte der Neurochirurgen, hatte.

E. 8.3

Die in der Stellungnahme des RAD aufgeführten Diagnosen differieren zu denjenigen, welche in den Berichten der behandelnden Ärzte aufgeführt sind. Die RAD-Ärztin hält als Diagnose im Wesentlichen eine schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der LWS bei Status nach Diskushernie und Spondylodese L5/S1 links fest. Die in den Berichten der behandelnden Neurochirurgen aufgeführten Diagnosen «LWK4/LWK5: beginnende Rezessusstenose beidseits», «ISG-Syndrom links » (act. 16 S. 7, 10, 11, 13, 14) sowie «Facettensyndrom» (act. 16 S. 23) wurden im RAD-Bericht nicht erwähnt. Im

Bericht des Neurochirurgen vom 19. Februar 2014 wurde neu die Diagnose «ISG-Syndrom bei ISG-Arthrose» gestellt und festgehalten und eine Versteifungsoperation erwogen (act. 35). Auch Ausführungen dazu finden sich in der RAD-Stellungnahme nicht. Eine Auseinandersetzung mit den erwähnten Diagnosen der behandelnden Ärzte oder eine Begründung, warum diese Diagnosen im RAD-Bericht nicht bestätigt wurden, fehlt.

E. 8.4

Gemäss den Ausführungen des Hausarztes leide der Versicherte an Schmerzen, welche sich sowohl auf die Körperfunktionen als auch auf das Konzentrationsvermögen, die Belastbarkeit, das Auffassungsvermögen und die Anpassungsfähigkeit auswirkten. In einem detaillierten Zumutbarkeitsprofil schloss der Hausarzt jegliche Tätigkeit aus. Aufgrund der beklagten Schmerzen wurden dem Versicherten von Fachärzten diverse Behandlungen empfohlen, und seit Januar 2013 wurden diverse interventionelle Schmerzbehandlungen und mehrere Rückenoperationen durchgeführt. Anlässlich der Untersuchung vom 16. Juli 2014 teilte der Versicherte mit, auch die vielen ärztlichen Eingriffe hätten keine Besserung gebracht. Die RAD-Ärztin führte in ihrer Würdigung demgegenüber aus, bei der Untersuchung hätten sich deutliche Inkonsistenzen zwischen den demonstrierten Einschränkungen der Beweglichkeit der Wirbelsäulenfunktion und der spontanen Beweglichkeit gezeigt. Hinweise auf stärkste Schmerzen, wie vom Hausarzt berichtet, seien nicht gefunden worden. Eine weitergehende Auseinandersetzung mit dem Widerspruch zur Einschätzung der Schmerzsituation durch den Hausarzt und dem Umstand, dass der Versicherte aufgrund der beklagten Schmerzproblematik wiederholt und intensiv therapiert wurde, erfolgte nicht.

E. 8.5

Im Rahmen seiner eigenen Beurteilung muss sich der Arzt mit den wesentlichen Vorakten befassen, soweit die betreffenden Stellungnahmen - abhängig von ihrem Entstehungskontext - hinreichend substantiiert und nicht unter einem anderen Aspekt offenkundig vernachlässigbar sind. Dass und inwiefern der Sachverständige die Vorakten bei der Untersuchung in seine Überlegungen einbezieht, muss im Text des Gutachtens zum Ausdruck kommen. Die Ausführungen müssen umso ausführlicher ausfallen, je grösser allfällige Divergenzen sind und je unmittelbarer sie für die zu klärenden Belange bedeutsam sind (137 V 210 E. 6.2.4). Ein Arztbericht, der die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, ist unvollständig und kann daher nicht zu Ergebnissen führen, die auf gesamthafter Würdigung der medizinischen Lage beruhen. Einem solchen Bericht fehlt rechtsprechungsgemäss die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die auf der Grundlage der vom Arzt selbst erhobenen Befunde gezogenen Schlüsse an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend nachvollzogen werden können (Urteil des BGer vom 9C_51/2008 15. Juli 2008 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen). Divergierende Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit sprechen nicht von vornherein gegen die Beweiskraft des Gutachtens (Urteil des BGer 9C_761/2013 vom 16.12.2013 E. 3.3.1), eine überzeugende Auseinandersetzung mit divergierenden Einschätzungen ist jedoch erforderlich (Urteil des BGer 8C_219/2015 vom 12. Oktober 2015 E. 5.3).

E. 8.6

Aufgrund der fehlenden Auseinandersetzung mit den Vorakten und der divergierenden Diagnosen der behandelnden Ärzte sind Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen der RAD-Ärztin geboten. Den Anforderungen an ein ärztliches

Gutachten genügt der Bericht des RAD nicht, und ohne weitere Abklärungen durfte die Vorinstanz nicht darauf abstellen.

E. 8.7

Zur Beurteilung der umstrittenen Erwerbsfähigkeit ab Mai 2014 wurde der medizinische Sachverhalt nicht genügend abgeklärt respektive unvollständig ermittelt (vgl. hierzu Art. 12 und 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG).

E. 9

Zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen für eine reformatorische Beurteilung durch das Gericht gegeben sind, oder ob die Sache zur weiteren Abklärung des Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 9.1

Die dokumentierte Entwicklung weckt Zweifel daran, ob die von Art. 88a Abs. 1 IVV vorausgesetzte voraussichtlich längere Zeit dauernde Verbesserung der Erwerbsfähigkeit im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung am 18. Dezember 2014 gegeben war. Die im Februar 2014 aufgrund der ISG-Arthrose diskutierte Versteifung des ISG (act. 35) wurde im April 2015 realisiert, nachdem im Januar 2015 die Metallentfernung durchgeführt worden war (Beilagen zu BVGer-act. 10; im Beschwerdeverfahren eingereicht). Im April 2014 erfolgte eine operative Schmerzbehandlung (act. 32), und im November 2014 wurde die Implantation einer Morphiumpumpe diskutiert (Beilage zu BVGer-act. 1). Die Entwicklung der tatsächlichen Verhältnisse nach Verfügungserlass ist vorliegend mitzuberücksichtigen, da sie auch für den Zeitraum vor Erlass der Verfügung aussagekräftig ist (E. 3.2). Die RAD-Ärztin schloss aufgrund ihrer Untersuchung vom 16. Juli 2014 auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit Mai 2014. Die Frage, ob voraussichtlich eine länger dauernde Verbesserung des Gesundheitszustandes gegeben war, wurde bezogen auf den Verfügungszeitpunkt nicht abgeklärt.

E. 9.2

Im vorinstanzlichen Verfahren sind damit entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Eine Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist sachgerecht und rechtsprechungsgemäss zulässig (vgl. hierzu BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen.

E. 10

Zusammenfassend kann das Folgende festgehalten werden:

E. 10.1

Aufgrund der ausgewiesenen Erwerbsunfähigkeit zwischen Oktober 2012 und April 2014 und der Regelung von Art. 88a Abs. 1 Satz 2 IVV ist der Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung zwischen dem 1. Oktober 2013 und dem 31. Juli 2014 ausgewiesen.

E. 10.2

Für die Zeit ab Mai 2014 ist der medizinische Sachverhalt im Verwaltungsverfahren nicht ausreichend abgeklärt worden zur Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit respektive der Invalidität. Die Frage, ob, und gegebenenfalls ab wann eine revisionsrelevante Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, blieb vollständig ungeklärt. Die Beschwerde ist

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 fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers sowie von dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit für die Zeit ab Mai 2014 vorzunehmen. Ein förmlicher Anspruch des Beschwerdeführers auf versicherungsexterne Begutachtung besteht nicht; eine solche ist indessen anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Vorliegend ist eine versicherungsexterne Begutachtung geboten.

E. 11.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis 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 CHF 400.- 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. 11.2

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 und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von CHF 1'200.- (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. Das Dispositiv und die Rechtsmittelbelehrung folgen auf der nächsten Seite.

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