

# **BVGer C-189/2017 vom 4. Juni 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-06-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-189\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-189_2017)

FR: TAF C-189/2017 du 4 juin 2019

IT: TAF C-189/2017 del 4 giugno 2019

## **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]). 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. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2.1**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger im Kanton C.\_\_\_\_\_ erwerbstätig und wohnte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Deutschland, wo er noch heute lebt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 25. November 2016 zu Recht von der IVSTA erlassen.

### **E. 3**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 25. November 2016, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

### **E. 4.1**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E.

3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 25. November 2016 in Kraft standen; 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. 4.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 25. November 2016) 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. 5**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

#### **E. 6.1**

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). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

#### **E. 6.2**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

### **E. 6.3**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 6.4**

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

### **E. 6.5**

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen

vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C\_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

#### **E. 6.6**

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu 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 ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson 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. 6.7**

Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C\_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Hingegen lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder

Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C\_338/2016] E. 5.5; Urteil des BGer 9C\_654/2015 vom 10. August 2016 E. 4.4; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.1). Anders verhält es sich, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt (oder ungewürdigt) geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C\_338/2016] E. 5.5; SVR 2008 IV Nr. 15 [I 514/06] E. 2.1.1; Urteile des BGer 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2; 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1).

## **E. 6.8**

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

## **E. 7.1**

Gemäss Bericht der Notfallstation vom 15. Mai 2012 zog sich der Beschwerdeführer eine Schädel- und Kniekontusion zu; die Kernspintomographie vom 26. Juli 2012 ergab unter anderem Sinterungsfrakturen der Hals- und Brustwirbel HWK7 und BWK3 (Vorakten 8). Die Chirurgen der Abteilung Wirbelsäulenchirurgie und die behandelnden Fachärzte aus den Disziplinen der Orthopädie und der Neurologie diagnostizierten in weiterer Folge eine chronische Cervicobrachialgie (Vorakten 8/7, 8/11), Distorsion der Halswirbelsäule (S13.4, G; Vorakten 8/18, 8/20, 15.11), Zervikalsyndrom (Vorakten 8/16 und 15.20), Hypoplasie der Vertebralis rechts (Vorakten 8/16) sowie Nuchalgien, paravertebrale Muskelverspannung (Vorakten 8/15) und dokumentierten im Verlauf belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen, Taubheitsgefühl, Kribbeln im Oberarm, Schmerzen die vom Nacken in die rechte Schulter beziehungsweise in die Trapezmuskulatur ausstrahlten (vgl. unter anderem Berichte in den Vorakten 8, 15.11, 15.20 und 97: Dr. E. \_\_\_\_\_, Abteilung Wirbelsäulenchirurgie, vom 28. August und 12. September 2013; Dr. F. \_\_\_\_\_, Orthopädie, vom August 2012 und vom 22. April 2013; neurochirurgische Ambulanz vom 20. November 2012; Dr. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom August

2012; Entlassungsbericht Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 12. Juli 2013; Dr. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie/spezielle Schmerztherapie, Interdisziplinäres Schmerzzentrum, vom 23. Oktober 2013).

### **E. 7.2**

Im Bericht der neurochirurgischen Ambulanz des Klinikums J. \_\_\_\_\_ vom 20. November 2012 diagnostizierten die behandelnden Ärzte einen Zustand nach HWS-Distorsion und hielten fest, der Versicherte leide unter persistierenden Schmerzen ohne bildgebendes Korrelat (Vorakten 8). Im Bericht der orthopädischen Rehaklinik H. \_\_\_\_\_ (Aufenthalt vom 24. Juni bis zum 15. Juli 2013; Vorakten 15.20) stellten die Ärzte ein Zervikalsyndrom fest. Trotz intensiver Therapie würden die Schmerzen weiterhin bestehen, wobei es kein bildgebendes Korrelat gebe, es werde eine psychologische Betreuung empfohlen.

### **E. 7.3**

Im Bericht des interdisziplinären Schmerzzentrums, Klinikum J. \_\_\_\_\_, vom 25. April 2014 (Vorakten 97/5) erstellten Dr. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie/spezielle Schmerztherapie, K. \_\_\_\_\_, Dipl. Psychologin, und L. \_\_\_\_\_, Psychotherapeutin, einen ausführlichen medizinischen, physiotherapeutischen und schmerzpsychologischen Untersuchungsbefund. Hinsichtlich der psychischen Situation wurden Schlafstörungen festgehalten, der Versicherte sei morgens geschlaucht, die Stimmung sei eigentlich gut. Das Heben und Tragen, Überkopfarbeiten, Kopfreversion und die Drehung des Kopfes nach rechts und oben sowie Kopfneigung wurden als schmerzverstärkend beschrieben.

### **E. 7.4**

Der Hausarzt, Dr. M. \_\_\_\_\_, hielt in den Berichten vom 15. Oktober 2013 und vom 20. November 2015 ein HWS-Syndrom und ein chronisches Schmerzsyndrom fest (Vorakten 8 und 126). Im Befund vom 20. November 2015 dokumentierte er ein Taubheitsgefühl im rechten Arm, Nackenschmerzen, Schlaflosigkeit und eine beginnende Depression. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 90%, andere Tätigkeiten seien bis maximal vier Stunden pro Tag zumutbar (Vorakten 126).

### **E. 7.5**

Vom 30. Oktober bis zum 4. Dezember 2013 hielt sich der Versicherte in der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht (Vorakten 19) hielten Dr. N. \_\_\_\_\_ und Dr. O. \_\_\_\_\_, Fachärzte für physikalische Medizin, folgende Diagnosen fest: - Schädelkontusion - Diskrete Deckplattenimpressionsfraktur C7 und BWK 3, konservative Therapie - Lumbovertebrales Syndrom - Adipositas Grad I Das Ausmass der geklagten Beschwerden und der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung nur zum Teil erklären. Auf der Verhaltensebene bestehe eine erhebliche Symptomausweitung, die am ehesten geeignet sei, das auffällige Schmerzverhalten zu erklären. Ein nachhaltiger therapeutischer Zugang habe nicht erarbeitet werden können, von weiteren physiotherapeutischen Massnahmen dürfe man sich keine wesentliche Verbesserung mehr versprechen. Unter Berücksichtigung der zeitlichen Komponente seit dem Unfall müsse man von einer erheblichen Chronifizierung der Beschwerden ausgehen. Der Versicherte könne diese Erklärungsmodelle nicht akzeptieren und werde weiter somatische Ursachen suchen wollen. Die berufliche Tätigkeit als Metallbauer sei ihm ganztags zumutbar, ohne längerdauernde Tätigkeit über Kopf. Auch andere berufliche Tätigkeiten seien mit der speziellen Einschränkung zumutbar: mittelschwere Arbeit (15-25

kg), ganztags.

#### **E. 7.6**

Dr. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für chirurgische Orthopädie, stellte in der kreisärztlichen Untersuchung vom 15. März 2016 (Vorakten 135.9) die Diagnose: - Höhenminderung BWK 3 - Konservative Behandlung - unfallfremd: Wirbelkörperhämangion BWK 1 Im funktionellen Befund HWS wurden eine endgradige Einschränkung der Beweglichkeit und ausstrahlende Beschwerden im rechten Arm festgehalten. Objektiv zeige sich noch eine Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule, subjektiv bestünden noch ausgeprägte Schmerzen in der HWS mit Ausstrahlung in den rechten Arm. Aufgrund der Bildgebung seien keine strukturell objektivierbaren Läsionen im Bereich der HWS feststellbar. Im funktionellen Befund der Brust- und Lendenwirbelsäule beschrieb er eine freie Beweglichkeit und einen geringen Druckschmerz auf der Höhe von BWK 3, wobei eine strukturell objektivierbare Läsion infolge des Unfallereignisses vom 15. Mai 2012 feststellbar sei. Die Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bezogen auf BWK 3 sehe eine ganztägige Tätigkeit, mittelschwer, wechselbelastend vor.

#### **E. 7.7**

Der RAD-Arzt, Dr. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation, nahm zum medizinischen Dossier wie folgt Stellung: - Stellungnahmen vom 8. April 2014 (Vorakten 23) und vom 3. Februar 2015 (Vorakten 90): Körperlich schwer belastende (Metallbau-) Tätigkeiten seien auf Dauer ungünstig. Zur Diskussion stehe die Arbeitsfähigkeit für angepasste mittelschwere bis leichte Tätigkeiten aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht, es seien weitere Abklärungen notwendig. - In der Stellungnahme vom 23. September 2015 (Vorakten 119) listete der RAD-Arzt die Diagnosen der Rehaklinik D.\_\_\_\_\_ auf und hielt den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit gemäss der SUVA-Akten fest (100% ab 15. Mai 2012, 50% ab 4. Juni 2012, 20% ab 2. Juli 2012, 0% ab 1. August 2012, 100% ab 14. Mai 2013 und 0% seit 1. April 2014). Es seien weitere Berichte einzuholen, danach sei das Dossier mit der Frage nach einer polydisziplinären Begutachtung und der zu beteiligten Fachdisziplinen an den RAD zu retournieren. - In der Stellungnahme vom 18. August 2016 (Vorakten 143) hielt der RAD-Arzt fest, aus dem kreisärztlichen Bericht vom 15. März 2016 sei ersichtlich, dass kein Anhalt für objektivierbare peripher sensomotorische Defizite der oberen Extremitäten bestehe. Da keine relevanten unfallfremden Leiden vorliegen würden, könne die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Rehaklinik D.\_\_\_\_\_ und den SUVA-Kreisarzt übernommen werden. Ein polydisziplinäres Gutachten erübrige sich.

#### **E. 8.1**

Im vorliegenden Verfahren unstrittig ist, dass für die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Metallbauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit, die sich massgeblich auf den Entlassungsbericht der Rehaklinik D.\_\_\_\_\_ und den kreisärztlichen Bericht von Dr. P.\_\_\_\_\_ abstützt, auf einem in medizinischer Hinsicht hinreichend abgeklärten Sachverhalt beruht.

#### **E. 8.2**

Der kreisärztliche Bericht vom 15. März 2016 von Dr. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, beruht auf persönlichen Untersuchungen und erwähnt massgebliche Vorakten, soweit sie die Fachrichtung der Orthopädie betreffen. Er diskutierte dabei aber weder die von den behandelnden Orthopäden diagnostizierte Distorsion der Halswirbelsäule (HWS; ICD-10:

S13.4), noch das Zervikalsyndrom, das vom behandelnden Facharzt für Neurologie und in der Klinik H. \_\_\_\_\_ festgestellt wurde. Im «funktionellen Befund HWS» stellte Dr. P. \_\_\_\_\_ eine endgradige Einschränkung der Beweglichkeit und subjektiv ausgeprägte Schmerzen in der Halswirbelsäule mit Ausstrahlung in den rechten Arm fest. Im funktionellen Befund der Brust- und Lendenwirbelsäule beschrieb er eine freie Beweglichkeit und einen geringen Druckschmerz auf der Höhe von BWK 3, diesbezüglich stellte er - im Gegensatz zum HWS-Bereich - eine strukturell objektivierbare Läsion infolge des Unfallereignisses vom 15. Mai 2012 fest. Versicherungsmedizinisch äusserte er sich nur zur Zumutbarkeit bezogen auf die Funktionseinschränkung im Bereich von BWK 3. Auf die Nackenschmerzen, die laut Angaben des Versicherten auch den Gebrauch des rechten Arms zu beeinträchtigen scheinen, ging er nicht weiter ein. Der Beschwerdeführer machte von Anfang an geltend, er leide unter einem Druckgefühl auf den Kopf, verbunden mit Nackenschmerzen, die bei Belastungen zunähmen; ab und zu verspüre er auch Kopfschmerzen, respektive leide er unter ständigen Nackenschmerzen und Schmerzen beim Heben des rechten Arms. Hinzu kämen schmerzbedingte Schlafstörungen (Vorakten 12.56, 12.51, 97). Die Belastungstests der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ (Vorakten 97) dokumentieren eine schmerzbedingte Mimik und Reiben des Schmerzbereichs beim Heben von Gewichten mit 15 Kilogramm. Aus den Akten ergibt sich, dass der Versicherte seit 2013 unter anderem mit Opiaten therapiert wurde (Vorakten 97, 126 und 139.9). Die Klinik H. \_\_\_\_\_, in der sich der Beschwerdeführer drei Wochen lang aufhielt, gab eine psychische Komponente im Krankheitsbild als wahrscheinlich an. Die Fachärzte für physikalische Medizin der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_, auf deren Befunde sich die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung massgeblich abstützte, konnten die Beschwerden zwar zum Teil durch die bildgebenden Befunde erklären, gingen aber von einer erheblichen Symptomausweitung aus. Bei dieser Sachlage ist festzuhalten, dass dem Bericht von Dr. P. \_\_\_\_\_ in der Beantwortung der Frage, ob rein aus somatisch-orthopädischer Sicht Funktionseinschränkungen vorliegen, Beweiswert zukommt. Hingegen fehlt eine Auseinandersetzung mit der von den behandelnden Fachärzten festgehaltenen psychischen Komponente, einschliesslich der Schlafstörungen, die ebenfalls Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben können. Die von Dr. P. \_\_\_\_\_ ebenfalls beobachteten subjektiven Funktionseinschränkungen im Bereich der HWS hat er in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dann auch nicht weiter diskutiert und sich nur zur somatisch objektivierbaren Einschränkung im Bereich von BWK3 geäussert. Insbesondere fehlt eine Auseinandersetzung mit der von mehreren behandelnden Ärzten angeführten HWS-Distorsion beziehungsweise dem Zervikalsyndrom, das mit der somatoformen Schmerzstörung gemeinsame Aspekte aufweisen kann, so dass die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Standardindikatoren bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters der Schmerzzustände analog zur Anwendung gelangen könnten (BGE 136 V 279; 141 V 281; BGer 9C\_770/2017 vom 24. Januar 2018 E. 3.2.2).

### **E. 8.3**

In weiterer Folge stützte sich der RAD-Arzt Dr. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, vollumfänglich auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Kreisarzt. Die angestammte Tätigkeit als Metallbauer sei dem Versicherten seit dem 14. Mai 2013 nicht mehr zumutbar. Andere, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten könnten ihm hingegen zugemutet werden. Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass der RAD-Arzt seine Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgegeben hat, sondern lediglich die

vorhandenen Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht würdigte. Stellungnahmen des RAD können - wie Aktengutachten - beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. E. 5.6 hiavor; Urteile BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.). Soll im Gerichtsverfahren einzig oder im Wesentlichen gestützt auf eine Aktenbeurteilung des RAD entschieden werden, sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465; 122 V 157 E. 1d; Urteile BGer 8C\_874/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3 und 9C\_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten erlaubten, sich ein lückenloses und einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des RAD nachvollziehbar und schlüssig sind. In der Auseinandersetzung mit den medizinischen Akten führte der RAD-Arzt an, dass er die Akten der SUVA aus Kapazitätsgründen nicht einzeln auflisten könne, Erwähnung fanden der Bericht des Kreisarztes vom 15. März 2016 und der Austrittsbericht der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2013. Darauf basierend wiederholte er, dass keine objektivierbaren Läsionen im HWS-Bereich feststellbar seien, und liess das in den Berichten der anderen Ärzte umfassend dokumentierte Schmerzgeschehen samt subjektiver Funktionseinschränkungen im HWS-Bereich unerwähnt. Ohne diese anderen Berichte zu würdigen, erklärte der RAD die Einschätzung des Hausarztes, der Beschwerdeführer sei in angepassten Tätigkeiten 50% arbeitsunfähig, für nicht nachvollziehbar, es sei auf den fachorthopädisch breit abgestützten medizinischen Sachverhalt der SUVA abzustellen. Da sich aus den medizinischen Akten aber kein lückenloses und einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergibt, hätte sich die Vorinstanz nicht ohne Weiteres auf den Bericht des RAD, der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ und des Kreisarztes Dr. P. \_\_\_\_\_ abstützen dürfen. In den Berichten des RAD und des Kreisarztes blieben im Weiteren relevante Befunde und Diagnosen vollkommen unerwähnt: Die von der Klinik H. \_\_\_\_\_ beschriebene psychische Komponente der Symptomatik, die nicht näher definierte Symptomausweitung gemäss Austrittsbericht der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_, die depressive Symptomatik gemäss Bericht des Hausarztes vom 20. November 2015, welche sich zuvor in der schmerzpsychologischen Untersuchung vom 25. April 2014 noch nicht gezeigt hat, und die vom behandelnden Neurologen diagnostizierte Hypoplasie der Vertebralis rechts (Vorakten 8/16), die laut Beschwerdeführer zu Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindel führen könne.

#### **E. 8.4**

Angesichts der erwähnten Unklarheiten und den daraus folgenden Indizien, die gegen ein primäres Abstellen auf den orthopädischen Bericht von Dr. P. \_\_\_\_\_ und den Austrittsbericht der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ sprechen, hätte die Vorinstanz weitere Abklärungen vornehmen müssen. In ihrer Vernehmlassung führte sie weiter aus, aufgrund der Aussage des Hausarztes, der Patient sei belastet und deprimiert, könne nicht auf eine Störung mit Krankheitswert geschlossen werden, auch sei selbst bei Vorliegen einer depressiven Störung von keiner invalidisierenden Wirkung auszugehen (BVGer act. 5). Mit Blick auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachte psychische Problematik ist nunmehr

aber auf die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen (BGE 143 V 409 und 143 V 418), die für alle im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle sofort und überall anzuwenden ist (BGE 142 V 551 E. 4.1 mit Hinweisen). Gemäss dieser erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 und BGE 141 V 281 E. 4.1).

### **E. 8.5**

Aus den genannten Gründen kann nicht auf die Einschätzung des RAD sowie auf den Bericht von Dr. P. \_\_\_\_\_ abgestellt werden. Zwar entspricht der Kreisarztbericht den rechtlichen Vorgaben an einen beweiswertigen Arztbericht (vgl. E. 6.3 hiervor), doch reicht seine monodisziplinäre Sicht nicht aus, allseitige Einschätzungen über die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Auch die übrigen ärztlichen Berichte enthalten keine sämtliche Leiden berücksichtigende, den Beweisanforderungen genügende Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit. Daher lässt sich der Invaliditätsgrad aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Vorinstanz hätte sich unter diesen Umständen nicht mit dem Kreisarztbericht und einer Aktenbeurteilung des RAD begnügen dürfen, sondern hätte mit Blick auf die unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen.

### **E. 9**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind. Da bisher noch keine polydisziplinäre, sämtliche Leiden umfassende Untersuchung und allseitige Einschätzung der medizinischen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vorgenommen wurde, 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 fachärztliche, polydisziplinäre Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers sowie von dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit in der Schweiz vorzunehmen. Je nach Diagnosestellung (Zervikalsyndrom; Schlafstörungen, psychische Leiden) wird allenfalls die Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gemäss BGE 141 V 281 und die mit BGE 143 V 418 jüngst geänderte Rechtsprechung des Bundesgerichts, gemäss welcher sämtliche psychische Leiden zu berücksichtigen sind, in Betracht zu ziehen sein, damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich sein wird. 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 i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten

aufzuerlegen, weshalb ihm der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

#### **E. 10.2**

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. 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 (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Der Beschwerdeführer wurde bereits im Vorverfahren von seinem Anwalt vertreten, weshalb von entsprechender Aktenkenntnis und einem geringeren zeitlichen Aufwand auszugehen ist. 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 erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'000.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer, vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a MWSTG [SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE) angemessen. (Dispositiv nächste Seite)

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