

BVGer C-191/2016 vom 28. September 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-191_2016

FR: TAF C-191/2016 du 28 septembre 2017

IT: TAF C-191/2016 del 28 settembre 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

E. 1.4

Da die Beschwerde frist- und formgerecht eingereicht wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG).

E. 2.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen 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

Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger mit Wohnsitz in Deutschland im Kanton (...) einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt in (...), Deutschland, Wohnsitz hatte, war die SVA für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 4. Januar 2016 zu Recht von der IVSTA erlassen.

E. 3

Nachfolgend ist das anwendbare Recht zu prüfen:

E. 3.1.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 3.1.2

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

E. 3.1.3

Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sah auch Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor. Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte demnach keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens - unter Vorbehalt der beiden Grundsätze der Gleichwertigkeit sowie der Effektivität - sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG, der IVV (SR 831.201), dem ATSG sowie der ATSV (SR 830.11).

E. 3.2

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 4. Januar 2016) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329 E. 6, 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Soweit ein Anspruch auf Rente ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen ist, sind weiter die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]). Sofern sich die einschlägigen Bestimmungen materiell nicht verändert haben, werden im Folgenden - falls nichts Gegenteiliges vermerkt - die Bestimmungen in der ab 1. Januar 2008 gültig gewesenen Fassung zitiert.

E. 4.1

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 4.1.1

Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Die Parteien tragen demnach in der Regel insofern eine objektive Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableitet (BGE 117 V 261 E. 3b; 115 V 133 E. 8a).

E. 4.1.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. 1983, S. 212).

E. 4.2

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu

folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

E. 4.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). 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). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert [BGE 135 V 215 E. 7.3]).

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. 4.4

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 4.5

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. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch 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, was laut Rechtsprechung

eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie der Beschwerdeführer - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 4.6.1

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 dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

E. 4.6.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

E. 4.6.3

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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, 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 zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt 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. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen. Dies gilt insbesondere bei der Beweiswürdigung bei Entscheiden, die sich ausschliesslich auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (vgl. Urteil des BGer 8C_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 2 mit Verweis auf BGE 135 V 465 E. 4.4 und BGE 122 V 157 E. 1d; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/ee sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

E. 5.1

Nach Art. 57a IVG teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsbegehren oder den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mittels Vorbescheid mit. Die versicherte Person hat Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinne von Artikel 42 ATSG. In ihrer Verfügung hat sich die IV-Stelle mit den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten, relevanten Einwänden auseinanderzusetzen (Art. 74 Abs. 2 IVV). Gegenstand des Vorbescheids nach Art. 57a IVG sind Fragen, die in den Aufgabenbereich der IV-Stellen nach Art. 57 Abs. 1 Bst. c - f IVG fallen (Art. 73bis Abs. 1 IVV). Darunter fällt die Bemessung der Invalidität (Art. 57 Abs. 1 Bst. f IVG).

E. 5.2.1

Der Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV, Art. 42 ATSG) gewährleistet der vom Entscheid in ihrer Rechtsstellung betroffenen Person insbesondere das Recht, sich vor Erlass des Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1). Der Gehörsanspruch verpflichtet die Behörde, die Vorbringen der betroffenen Person auch tatsächlich zu hören, zu prüfen und in der Entscheidfindung zu berücksichtigen, weshalb sie ihren Entscheid zu begründen hat (BGE 134 I 83 E. 4.1). Die Pflicht der Behörde, ihre Verfügungen - sofern sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG) - zu begründen, bezweckt insbesondere, die betroffene Person in die Lage zu versetzen, eine Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anfechten zu können (BGE 124 V 180 E. 1a, vgl. auch 134 I 83 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 5.2.2

Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur. Deshalb führt dessen Verletzung ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 127 V 431 E. 3d/aa, 126 I 19 E. 2d/bb). Nach der Rechtsprechung kann jedoch eine Verletzung des Gehörsanspruchs dann geheilt werden,

wenn die unterbliebene Gewährung des rechtlichen Gehörs in einem Rechtsmittelverfahren nachgeholt wird, in dem die Beschwerdeinstanz mit der gleichen Prüfungsbefugnis entscheidet wie die untere Instanz. Die Heilung ist aber ausgeschlossen, wenn es sich um eine besonders schwerwiegende Verletzung der Parteirechte handelt. Zudem darf den Beschwerdeführenden kein Nachteil erwachsen und die Heilung soll die Ausnahme bleiben (BGE 129 I 129 E. 2.2.3, 126 V 130 E. 2b, 126 I 68 E. 2). Bei Verstössen gegen die Begründungspflicht wird der Mangel als behoben erachtet, wenn die Rechtsmittelbehörde eine hinreichende Begründung liefert oder wenn die unterinstanzliche Behörde im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine genügende Begründung nachschiebt. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist jedoch im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 116 V 182 E. 3d; zum Ganzen ausführlich Urteil des EVG I 193/04 vom 14. Juli 2006 sowie bspw. Urteil BVGer C-263/2010 vom 19. Oktober 2012 E. 3.1 f. mit Hinweisen).

E. 5.3

In der Rechtsprechung zum rechtlichen Gehör im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wird die Heilungsmöglichkeit im Beschwerdeverfahren nur zurückhaltend angenommen. Das rechtliche Gehör bedeutet (vor allem), dass sich die IV-Stelle mit den gemäss Art. 73ter Abs. 1 IVV vorgebrachten Anträgen, Einwendungen und Beweisanerbieten hinreichend auseinandersetzt. Die IV-Stelle darf sich nicht darauf beschränken, die Einwände des Versicherten bloss zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen, sondern sie hat in der ablehnenden Verfügung die Gründe anzugeben, weshalb sie diesen nicht folgt oder sie nicht berücksichtigen kann. Das rechtliche Gehör wird unheilbar verletzt, wenn trotz Einwänden des Versicherten die Verfügung den identischen Wortlaut aufweist wie der Vorbescheid (BGer I 658/04 E. 4, vgl. Meyer/Reichmuth Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl., Art. 57a Rz. 4 und 7, m.w.H.).

E. 5.4

Vorliegend ist im Hinblick auf die Ausführungen im Vorbescheid vom 22. Oktober 2015 und in der Verfügung vom 4. Januar 2016 sowie in den weiteren Akten keine tatsächliche Auseinandersetzung der SVA mit den ausführlichen Vorbringen und Beweisanerbieten des Versicherten in seiner Einwendung vom 24. Oktober 2015 ersichtlich, zumal er am 26. November 2015 ein neues ärztliches Attest vom 2. November 2015 mit bisher nicht beurteilten Diagnosen (muskuläre Atrophie der Bein- und Armmuskulatur bedingt durch die Bewegungseinschränkung und LWS-Degeneration, degenerativ bedingte Ischialgie und diabetogene periphere Neuropathie) sowie einen - sich zwar in den Akten bereits befindender, aber nicht beachteter radiologisch/kardiologischer Bericht vom 27. Mai 2015 - einreichte (SVA 83, siehe hinten E. 6.1.7 und E. 7.4.2), und die SVA dem Antragsteller per E-Mail versicherte, sie setze sich mit seinen Vorbringen auseinander (vgl. SVA 83.1 und 85). In Anbetracht des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens und zur Vermeidung eines formalistischen Leerlaufs kann jedoch die Frage, ob die SVA das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers im Vorbescheidverfahren verletzt hat, offen gelassen werden.

E. 6

Angefochten ist eine Verfügung der IVSTA, in welcher dem Antrag des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente nur teilweise entsprochen wurde, da ihm nur für den Zeitraum vom 1. Dezember 2013 bis 30. März 2015 eine befristete ganze Invalidenrente gewährt wurde. Der Beschwerdeführer beantragt, die ganze Invalidenrente sei unbefristet über den 30. März 2015 hinaus zu leisten. Er rügt sinngemäss, die Vorinstanz habe den Sachverhalt, soweit er seinen Gesundheitszustand ab Januar 2015 betreffe, ungenügend abgeklärt (vgl. B-act. 1). Zudem beruhe die Befristung auf einem falsch berechneten IV-Grad. Im Übrigen sei ihm die Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt und ein damit verbundener Berufswechsel nicht mehr zumutbar (B-act. 5).

E. 6.1

Aus den Akten gehen im Wesentlichen folgende Diagnosen, Behandlungen und Beurteilungen hervor.

E. 6.1.1

Dr. H._____, Ärztin für Sozialmedizin, diagnostizierte in ihrem Gutachten zu Handen der Landesversicherungsanstalt LVA (...) am 24. März 2000 eine anhaltende schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks nach Arbeitsunfall am 13. Februar 1998 mit Schulterreckgelenksverletzung links (ICD-10 S 43), unter konservativer Behandlung, ohne Magnetresonanz-Untersuchung und ohne Arthroskopie wegen massiven Übergewichts, eine (vom Unfall unabhängige, leichtere) Epicondylitis humeri ulnaris links (Golferellenbogen, M 77.0), eine Adipositas permagna (E 66; Gewicht ca. 175 kg), welche die operative Massnahmen an der linken Schulter bis auf weiteres nicht zulässt, ein Diabetes mellitus als Folge der Adipositas (bedürfte der medikamentösen Einstellung, noch ohne Folgeschäden), ein Hinweis auf eine Fettleber und anamnestisch ein Zustand nach operativer Entfernung des linken Hodens wegen eines Karzinoms, derzeit ohne Hinweis für Metastasen (SVA 5).

E. 6.1.2

Im Arztbericht für Erwachsene zu Handen der SVA vom 2. Mai 2000 diagnostizierten die behandelnden Dres. F._____, Orthopädie, und I._____, Chirurgie, als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Blockierungen im Brustwirbelsäulenbereich (1994), und ab 1998: Acromioclavicular-(Schulterreck-) Gelenksarthrose links mit Instabilität, Verdacht auf Rotatorenmanschettendefekt links, Tossy 1-2 links (Luxation des Acromioclaviculargelenks mit nur teilweise zerrissenen Bändern und verbleibender Reststabilität), Impingement (Engpasssyndrom) linke Schulter, Painful arc (schmerzhafter Schulterbogen), Szintigraphie: Vermehrte Knochenaktivität am linken Schulterreckgelenk nach Trauma und Schulterteilsteife links. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten sie ein Zustand nach Hoden-Karzinom links, eine Adipositas permagna, eine Metatarsalgie (Schmerzen am Mittelfuss) rechts (1999), eine Fusswurzelblockierung rechts (1999) und eine Epicondylitis r.h. links (1999) auf. Der Gesundheitszustand verschlechterte sich. Sie empfahlen die Diskussion von Umschulungsmassnahmen (SVA 6).

E. 6.1.3.1

Am 20. März 2013 berichtete Dr. F._____, Facharzt für Orthopädie-Unfallchirurgie, bei ergänzten Diagnosen Rotatorenmanschettendefekt rechts und links, Schulterteilsteife rechts und links, Impingement rechte und linke Schulter, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, beginnende Omarthrose (Schulterarthrose) rechts, Omarthrose links, Kalkschulter rechts

und subacromiales Engpasssyndrom mit Neer-Osteophyten rechts anhand MRT-Befunden aus dem Jahr 2011 und neuen Röntgenbefunden über eine Überweisung des Risikopatienten in die Schulersprechstunde des Universitätsklinikums (...) (SVA 60.44-45).

E. 6.1.3.2

In seinem Bericht vom 10. April 2013 diagnostizierte Dr. J. _____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums (...), Departement Orthopädie und Traumatologie, Hochschulambulanz, eine Omarthrose links sowie eine Rotatorenmanschettenruptur rechts SSP (retrahierte Supraspinatussehne) und empfahl eine Wiedervorstellung in der Sprechstunde zur Planung der operativen Versorgung der beiden Schultern nach der Durchführung der geplanten Magenband-Operation und der damit verbundenen Verringerung des perioperativen Risikos (SVA 41.3-4 = 56.1-2 = 60.46-49).

E. 6.1.3.3

Am 19. Mai 2015 (SVA 72.13-14) diagnostizierte Dr. F. _____ zu Händen des Hausarztes einen persistierenden Rückenschmerz, eine rezidivierende Lumbalgie, eine Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule (LWS), eine Degeneration der LWS, einen Verdacht auf Rotatorenmanschettendefekt rechts und links, einen Painful arc rechts und links, eine Schulterteilsteife rechts und links, eine Bewegungseinschränkung der Hüfte rechts und links, ein Reflexdefizit sowie einen Zustand nach Hoden-Karzinom. Er beschrieb Probleme von Seiten der Schultergelenke, des Rückens und der Hüfte. Die Bewegungsfähigkeit der Halswirbelsäule sei momentan gut. Die Hinweise für einen Rotatorenmanschettendefekt mit Bewegungseinschränkung seien links momentan stärker als rechts. Weiter beschrieb er eine Gelenkstörung lumbal und lumbosakral sowie eine Rotationsstörung beider Hüftgelenke. Die Reflexe an der unteren Extremität seien nicht mehr auslösbar. Babinski, Lasègue und Bragard seien negativ. Er überwies den Patienten an die Radiologie (vgl. Berichte vom 12. und 16. Juni 2015, SVA 72.10-11) und bat um anschliessende Wiedervorstellung. Am 22. Juni 2015 ergänzte Dr. F. _____, im MRT zeige sich eine Omarthrose der linken Schulter und ein grosser Rotatorenmanschettendefekt mit hoch stehendem Humeruskopf an der rechten Schulter. Beide Schultergelenke seien in Operationsbereitschaft; beginnen würde er mit der linken Schulter (SVA 72.9).

E. 6.1.4.1

Am 18. Mai 2012 berichtete Dr. K. _____, Kreiskrankenhaus (...), orthopädische Chirurgie, über den Spitalaufenthalt des Patienten vom 15. bis 18. Mai 2012, bei welchem nach knöchernem Achillessehnenauriss vom rechten Unterschenkel am 15. Mai 2012 eine transossäre Achillessehnenennaht in Lokalanästhesie vorgenommen worden sei (SVA 60.62-65 und 41.5-6 = 60.58-59).

E. 6.1.4.2

Am 3. Mai 2013 berichtete Dr. L. _____ und am 21. Juni 2013 Dr. K. _____ über den Spitalaufenthalt im Kreiskrankenhaus (...) vom 30. April bis 3. Mai 2013 wegen einer Achillessehnenruptur links und stationärer Versorgung (operativer Eingriff am 30.4.2013 in Lokalanästhesie) sowie den weiteren Verlauf ([SVA 41.1-2 = 60.31-32 = 60.41-42 = 62.16-17, 49.1-4]).

E. 6.1.4.3

Am 2. August 2013 berichtete Dr. K. _____ über den geplanten zweiten operativen Eingriff nach Achillessehnen-Re-Ruptur links, in offener Technik, in örtlicher Betäubung,

und weiterhin bestehenden Problemen am rechten oberen Sprunggelenk. Insgesamt sei der Verlauf vor allem durch die extreme Adipositas des Patienten mit einem Body-Mass-Index von 60 gekennzeichnet. Beim ausserdem durchgeführten MRT der rechten Schulter sei eine Ruptur der Supraspinatus- und der Infraspinatussehnen, ein Humerushochstand und eine Ergussbildung diagnostiziert worden (SVA 51.7, 60.17-18, 60.29-30). Der Eingriff an der Achillessehne links fand am 12. August 2013 statt (SVA 60.25-28).

E. 6.1.4.4

Am 8. November 2013 berichtete Dr. K._____, das Operationsgebiet nach Achillessehnenruptur rechts schein nun endgültig abgeheilt; von Seiten der Achillessehnenverletzungen beidseits sei "nun hoffentlich bei dem Patienten Ruhe" (SVA 51.5-6 = 60.19-22 = 72.15-16).

E. 6.1.5

Gemäss Bericht vom 29. Januar 2013 von PD Dr. M._____, Oberarzt, wurde der Patient im Universitätsklinikum (...), Chirurgische Universitätsklinik, Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie, Adipositas-Sprechstunde, ins koordinierte Vorbereitungsprogramm bei massiver Adipositas (maximales Körpergewicht: 200 kg [max. BMI 66 kg/m²], aktuelles Körpergewicht 170 kg [BMI 57 kg/m²] und bei Empfehlung einer Stufentherapie (1. Schritt: Sleeve-Gastrektomie und ca. 1 Jahr später biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch) aufgenommen. Als Diagnosen hielt er fest: Adipositas Grad III (BMI 57 kg/m²), Diabetes mellitus Typ 2 (unter Insulintherapie, HbA1c von 10 und zirka 100 Einheiten Insulin/Tag) sowie arterielle Hypertonie, Gelenkarthrose Knie, Zustand nach Hodentumor mit pulmonalen Filiaen 1993, seitdem in kompletter Revision ohne Therapie (SVA 60.52-54). Die Schlauchmagenoperation (laparoskopische Sleeve-Gastrektomie) erfolgte am 6. Mai 2014 (vgl. Spitalbericht vom 12. Mai 2014 [SVA 52.5-7 = 60.13-15], vgl. auch 60.10-11).

E. 6.1.6

Im Bericht vom 10. September 2014 informierte N._____, Assistenzarzt der Klinik für Urologie des Universitätsklinikums (...), über die stationäre Behandlung des Patienten vom 8. bis 11. September 2014 zur Nierenentstauung, nach diagnostizierter akuter Nierenkolik rechts bei distalem 3 mm Ureterstein rechts mit Harnstauungsniere und Infektzeichen bei einem Nierenstein rechts mit konservativer spasmolytischer und antiphlogistischer Therapie. In einem weiteren Bericht vom 29. September 2014 informierte Assistenzarzt O._____ über die stationäre Behandlung vom 29. September 2014 bis 1. Oktober 2014 zur operativen Steinentfernung, nach vorausgegangener DJ-Kathetereinlage am 9. September 2014 [SAK 56.3-5 = 60.6-7, 62.5-7, 62.12-13]).

E. 6.1.7

Im vorläufigen Entlassungsbericht vom 23. Oktober 2014 berichtete die Assistenzärztin P._____ des Kreiskrankenhauses (...), Klinik für Innere Medizin, über die stationäre Behandlung des Patienten vom 17. Oktober bis 23. Oktober 2014 nach Herzinfarkt bei neu gestellter Diagnose "Koronare 1-Gefässerkrankung bei proximalem RIVA-Verschluss und leichter bis mittelgradig eingeschränkter linksventrikulärer Funktion" (SAK 60.1-5 = 62.8-11). Am 27. Mai 2015 berichtete Dr. Q._____, Zentrum Radiologie (...), über eine Myocard-Szintigraphie mit Technetium MIBI Ruhestudie und Stresstudie, nach Zuweisung wegen bekannter Koronarer Herzkrankheit (KHK), Zustandes nach Vorderwandinfarkt, 1-Gefäss-Erkrankung und der Frage nach dem Vorliegen einer

Ischämie (SVA 72.12 = 82.1-2).

E. 6.1.8.1

In seinem Verlaufsbericht zu Händen der SVA vom 1. August 2014 führte der Hausarzt Dr. C._____, Facharzt für Innere Medizin, Notfall & Palliativmedizin, aus, der Gesundheitszustand sei stationär, ohne Änderungen der Diagnosen. Seit der Magenoperation (vom 6. Mai 2014; vgl. SVA 52.5) liege unterdessen eine massive Gewichtsreduktion von 30 kg vor. Eine Besserungstendenz sei möglich. Der Beschwerdeführer sei bei der alltäglichen Lebensverrichtung auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Die bisherige Tätigkeit zu 100 % sei nicht mehr durchführbar und es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Zumutbar sei eine Verweistätigkeit bis maximal 5 kg Belastung pro Arm, ohne Treppensteigen und ohne längere stehende Tätigkeit von maximal drei Stunden pro Tag. Zudem bestehe in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit, weil (infolge operativer Magenverkleinerung) die ständige Nahrungsaufnahme in kleinen Portionen notwendig sei, was eine ständige Arbeitsunterbrechung zur Folge habe. Er ergänzte, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sollte durch ein sozialmedizinisches Gutachten erfolgen (SVA 52.1-4).

E. 6.1.8.2

In seinem Bericht vom 14. August 2014 zu Händen der Krankentaggeldversicherung nahm Dr. C._____, ausführlich zu deren Fragebogen (vgl. SVA 60.12) Stellung. Er diagnostizierte einen Zustand nach Sleeve-Gastrektomie-OP bei Adipositas per magna, einen insulinabhängigen Diabetes mellitus, eine arterielle Hypertonie, eine Rotatorenmanschettenruptur rechts, eine Achillessehnenruptur links und eine beginnende Erschöpfungsdepression. Als aktuelle subjektive Beschwerden gab er extreme Erschöpfungszustände, bei andauernder Beschäftigung mit der Nahrungsaufnahme aufgrund eines auf zirka 200 ml limitierten Füllungsvolumens des Magens, sowie schmerzhafte Bewegungen der Schulter und Fehlbelastung der Sprunggelenke durch Schonhinken und Angst vor einer neuen Achillessehnenruptur, an. Als aktuelle objektive Untersuchungsbefunde nannte er eine Muskelatrophie, verursacht durch extremen Gewichtsverlust von 40 kg in drei Monaten, Zucker- und Blutdruckschwankungen mit ständig erforderlicher Neuanpassung der Medikation sowie einen Kraftverlust in der rechten Schulter. Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit wegen der Magenoperation und der Schulterproblematik. Die Tätigkeit als Ofenbauer sei wahrscheinlich erst nach einer Operation der rechten Schulter wieder gegeben. Diese könne erst nach ausreichender Gewichtsreduktion und schliesslich -stabilisierung erfolgen. Ein Heben von Lasten über fünf Kilogramm sei unmöglich. Auch Laufen auf unebenem Boden (z.B. einer Baustelle) sei nicht ohne Sturzrisiko möglich. Die Compliance (Einhaltung der ärztlichen Anweisungen) scheine gegeben, Physiotherapie werde wahrgenommen. Es sei zurzeit nicht absehbar, wann der Patient wieder ins Arbeitsleben integriert werden könne (SVA 60.8-9).

E. 6.1.8.3

In seinem Verlaufsbericht zu Händen der SVA verwies Dr. C._____ am 20. April 2015 auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten und die neu hinzugekommenen Diagnosen Nephrolithiasis (September 2014) und KHK 1GE mit RIVA-Verschluss (Oktober 2014). Beide Diagnosen hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und bedingten regelmässige urologische beziehungsweise kardiologische Kontrollen. Es bestehe mindestens bis im Oktober 2014 eine volle Arbeitsunfähigkeit

wegen der Nephrolithiasis und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 17. Oktober 2014 von mindestens 8-12 Wochen wegen des Herzinfarktes. Ergänzend führte er aus, die linke Schulter sei stark eingeschränkt. Der bisherige Beruf könne so nicht ausgeübt werden und sei nicht mehr zumutbar. Bezüglich einer verbleibenden Verweistätigkeit hielt er im Wesentlichen am früheren Profil fest (keine Lasten über 5 kg beidseits, keine längere stehende oder laufende Tätigkeit, Leistungsfähigkeit während maximal drei Stunden pro Tag). Er empfahl nochmals die Einholung eines sozialmedizinischen Gutachtens zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit/Verwendung auf dem Arbeitsmarkt (SVA 62.1-4).

E. 6.1.8.4

In seinem "ausführlichen ärztlichen Bericht" E 213 für den Zeitraum Mai und Juni 2015 verwies Dr. C. _____ zu Händen der SVA (Eingang am 24. August 2015) auf die laufende orthopädische Behandlung durch Dr. F. _____ sowie den Myocardszintigraphie-Befund vom 27. Mai 2015. Er hielt zum Allgemeinzustand eine Körpergrösse von 174 cm, ein aktuelles Körpergewicht von 150 kg sowie als seelischen Zustand eine Erschöpfung / einen neurasthenen Zustand fest. Er führte aus, der Krankheitsverlauf verschlechtere sich durch weitere zusätzliche Diagnosen. Ohne operative Versorgung sei keine Stabilisierung der Funktionseinschränkungen in Aussicht. Als verbleibende Arbeitstätigkeit sei beispielsweise PC-Arbeit, ohne Lasten von mehr als 5 kg, zu zirka zwei Stunden pro Tag, möglich. Die festgestellten Einschränkungen beständen auf Dauer seit 2012 (SVA 72.2-8).

E. 6.1.8.5

In seinen ärztlichen Attesten zu Händen der Taggeldversicherung bescheinigte Dr. C. _____ dem Patienten für den hier interessierenden Zeitraum jeweils eine volle Arbeitsunfähigkeit bis am 31. Januar 2015 respektive bis am 28. Februar 2015 aufgrund der Rotatorenmanschettenruptur rechts zu 100 %, der muskulären Atrophie der Beinmuskulatur (bedingt durch die Magen-OP zu 100 %), der invasiv zu behandelnden Nephrolithiasis zu 100 %, der koronaren Herzerkrankung mit NSTEMI (neu) zu 100 % sowie bis am 31. März 2015 respektive am 30. April 2015 aus denselben Gründen (SVA 61.1-4).

E. 6.2

Am 12. Juni 2015 nahm Dr. E. _____, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom Regionalärztlichen Dienst (RAD) zu Händen der SVA Stellung. Er nahm Bezug auf folgende als relevant bezeichnete Akten: Universitätsklinikum (...), Orthopädie und Traumatologie, vom 10. März 2014 (recte: 10. April 2013, oben E. 6.1.3.2); Berichte des Kreiskrankenhauses (...) vom 3. Mai 2013 und 8. November 2013 (oben E. 6.1.4.2 und 6.1.4.4); Universitätsklinikum (...), Chirurgie, vom 12. Mai 2014 (oben E. 6.1.5); Verlaufsberichte des Hausarztes vom 29. Juli (recte: 1. August) 2014, vom 14. August 2014 und vom 9. (recte: 20.) April 2015 (oben E. 6.1.8.1-3). In seiner Beurteilung führte Dr. E. _____ aus, die vorhandenen Arztberichte beschrieben den Gesundheitszustand des Versicherten umfassend und sachlich fundiert. Die Befunde seien schlüssig und aus ärztlicher Sicht nachvollziehbar. Auch die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sei auf dieser Grundlage einleuchtend. In Beantwortung der Fragen der Sachbearbeitung führte er weiter aus, es bestehe aufgrund der Omarthrose links, der Rotatorenmanschettenruptur rechts und der Probleme nach Magenverkleinerung ein IV-relevanter Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der eine länger dauernde oder bleibende Einschränkung in der angestammten Tätigkeit begründe. Als Ofenbauer bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr und könne auch nicht mehr erlangt werden. Wegen der

Schulterproblematik könnten keine Gewichte über 5 kg mehr angehoben werden. Dies gelte seit 14. Mai 2012. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit Anfang 2015 eine verbleibende Arbeitsfähigkeit von 50 %, vorwiegend sitzend, mit Möglichkeit zu Pausen, um Nahrung zu sich zu nehmen, ohne Gewichte über 5 kg pro Arm, ohne Bücken, Kauern, Treppensteigen, Kälte und Nässe. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe erst seit Anfang 2015, "vorher diverse Achillessehnenoperationen 2013, Magenoperation 2014, Nierenstein und Herzproblem Herbst 2014". Zur Frage, ob weitere medizinische Abklärungen nötig seien, äusserte er sich nicht (SVA 64).

E. 7.1

Es ist von den Parteien unbestritten und auch aus Sicht des Bundesverwaltungsgerichts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass der Beschwerdeführer aufgrund multipler gesundheitlicher Beschwerden ab Mai 2012 bis Ende 2014 nicht mehr arbeitsfähig war. Den umfangreichen medizinischen Akten (s. E. 6) kann entnommen werden, dass verschiedene schwerwiegende Einschränkungen aus orthopädischer Sicht vorliegen: So bestehen eine anhaltende schmerzhafteste Bewegungseinschränkung an der linken Schulter infolge Luxation des Schultergelenks, eine Schultergelenksarthrose beidseits, ein Rotatorenmanschettendefekt beidseits, ein Impingement beidseits, ein painful arc beidseits und eine zuletzt attestierte Schulterteilsteife rechts und links. Von den Ärzten für eine Steigerung der Funktionsfähigkeit als notwendig erachtete Schulteroperationen seien aufgrund des Operationsrisikos wegen bestehender Adipositas per magna nicht möglich. Gesundheitliche Einschränkungen bestehen auch an der Lendenwirbelsäule (Bewegungseinschränkung infolge degenerativer Veränderungen), an der Hüfte (Bewegungseinschränkungen / Rotationsstörung beidseits), am Knie (Gelenksarthrose) sowie an beiden oberen Sprunggelenken infolge stattgehabter Ruptur der Achillessehne beidseits (Status nach Sanierung, jedoch mit der Gefahr einer Re-Ruptur infolge massiven Übergewichts). Am 6. Mai 2014 erfolgte eine Magenverkleinerung, die zwar zur Folge hatte, dass der Beschwerdeführer kurzfristig zwischen 30 und 40 kg an Gewicht verloren hat (SVA 60.12). Der damit einhergehende Verlust der Muskelsubstanz führt jedoch zu einer ärztlich bestätigten muskulären Schwäche am ganzen Körper, in Verbindung mit den vom Hausarzt genannten ständigen Bemühungen um gehäufte Nahrungsaufnahme in kleinen Quantitäten pro Tag, der zusätzlichen (ständigen) Kontrolle und Neueinstellung des Blutzuckers infolge insulinpflichtigen Diabetes mellitus und ärztlich bestätigten Zucker- und Blutdruckschwankungen. Im September 2014 ist eine Nephrolithiasis (Bildung von Nierensteinen) dokumentiert, die ihre Ursache unter anderem in der deutlich reduzierten Trinkmenge nach Magenteilresektion hatte, aber auch durch Übergewicht bedingt sein kann; diesbezüglich sind zwei stationäre Aufenthalte im September/Oktober 2014 aktenkundig. Des Weiteren leidet der Beschwerdeführer an einer neu diagnostizierten Koronaren Herzkrankheit, die im Oktober 2014 bereits zu einem Herzinfarkt geführt hat und engmaschig kontrolliert werden muss, zumal der Beschwerdeführer klare Risikofaktoren für eine weitere Verschlechterung aufweist (Adipositas per magna, arterielle Hypertonie). Ausstehend beziehungsweise nicht aktenkundig ist, ob der Beschwerdeführer bereits die zweite Stufe der operativen Therapie des Übergewichts mit Durchführung einer biliopankreatischen Diversion mit Duodenal-Switch hat angehen können. Gemäss Bestätigung des Hausarztes ist der Beschwerdeführer in der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. In den Berichten des Hausarztes, so auch im Arztbericht E 213, attestiert der Hausarzt zusätzlich einen Erschöpfungszustand.

E. 7.2

Damit ist - in Übereinstimmung mit der vorinstanzlichen Würdigung - überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer bis Ende 2014 nicht arbeitsfähig war und einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Ebenso unbestritten ist, dass trotz voller Arbeitsunfähigkeit seit Mai 2012 zufolge Anmeldung vom 15. Juni 2013 (SVA 40) gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG (oben E. 4.5) der Rentenanspruch erst per 1. Dezember 2013 entstehen konnte. Umstritten und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen bleibt somit die Befristung der Rente bis 31. März 2015.

E. 7.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 88a IVV). Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten (...) erfolgt frühestens vom ersten Tag der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132). Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen), weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil BGer 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweis).

E. 7.4.1

Zur medizinischen Abklärung durch die SVA für den Zeitraum ab Januar 2015 ist grundsätzlich festzuhalten, dass sich diese trotz Beurteilung durch den Facharzt für Orthopädie und Traumatologie vom RAD in orthopädisch-traumatologischer Hinsicht nur als unvollständig abgeklärt erweist, da Dr. E. _____ im Nachgang zu seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2015 (SVA 64) die nachfolgend eingereichten orthopädischen Akten betreffend beide Schultern (Kernspintomographie linke Schulter vom 12. Juni 2015 [SVA 72.11], Kernspintomographie Schulter rechts, vom 16. Juni 2015 [SVA 72.10], und Berichte Dr. F. _____, Orthopädie, Überweisung ins Schulterzentrum Uniklinik (...) und Stellungnahme dazu [SVA 72.9, 72.13-14]), allfällige Stellungnahme des Schulterzentrums (nicht aktenkundig), nicht mehr vorgelegt wurden. Zudem beruht die Beurteilung von Dr. E. _____ auf den Kurzantworten auf die wenigen Fragen der Sachbearbeitung.

E. 7.4.2

In internistischer (bzw. diabetologischer und/oder viszeralchirurgischer und/oder kardiologischer und/oder nephrologischer oder urologischer) Hinsicht (Diabetes mellitus mit Folgeschäden, Folgen der langjährigen Adipositas und Magenoperation und Herzerkrankung, sowie allenfalls der Nierenerkrankung) fehlen fachspezifische

Beurteilungen und liegt auch keine interdisziplinär erfolgte Gesamtbetrachtung vor. Da aber - jedenfalls für den Zeitraum ab Mai 2012 bis Ende 2014 - von den Parteien unbestritten - und auch für das Bundesverwaltungsgericht ohne Zweifel vorliegend (vgl. E. 7.1 f.) - von einer vollen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität des Beschwerdeführers auszugehen ist, kann auf eine weitergehende Abklärung des Sachverhalts verzichtet werden.

E. 7.4.3

Die Vorinstanz legt in ihrer Verfügung dar, aus medizinisch-theoretischer Sicht sei dem Versicherten zumutbar, ab Januar 2015 einer angepassten Tätigkeit im Rahmen eines 50 %-igen Pensums (mit Einschränkungen) nachzugehen (vgl. SVA 87.11 unten). Sie führt weiter im als "Stellungnahme" bezeichneten Bereich der Verfügung aus, die versicherungs-medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 0 % ab Mai 2012 bis Dezember 2014 und von 50 % ab Januar 2015 basiere auf der bestehenden Aktenlage. Neue Fakten oder medizinische Unterlagen, mit welchen bisher nicht Berücksichtigtes ins Recht gelegt werden könnte, würden keine beigebracht. Den Einwänden sei nicht zu entnehmen, weshalb sich weitere medizinische Abklärungen aufdrängen würden, zudem liege eine umfassende medizinische Aktenlage vor und diese sei auch vollumfänglich beigezogen worden (SVA 87.13).

E. 7.4.4

Weshalb die Vorinstanz zum Schluss kommt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers per Januar 2015 wesentlich verbessert haben soll, begründet sie nicht ansatzweise. Soweit sie sich dabei auf die Beurteilung von Dr. E. _____ des RAD vom 12. Juni 2015 zu stützen scheint, ist festzuhalten, dass dieser seine Aussage, wonach eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (von 50 %) seit Anfang 2015 bestehe, nicht weiter begründet hat und aus seiner Aussage, die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe erst seit Anfang 2015, "vorher diverse Achillessehnenoperationen 2013, Magenoperation 2014, Nierenstein und Herzproblem Herbst 2014" (s. E. 6.2), nicht e contrario geschlossen werden kann, es habe anfangs 2015 infolge Wegfalls verschiedener gesundheitlicher Einschränkungen eine Verbesserung stattgefunden. Weder ist bezüglich der Schulterbeschwerden noch bezüglich der weiteren Beschwerden aus dem Bereich der Orthopädie für diesen Zeitpunkt eine Verbesserung aktenkundig; aufgrund der Rückenbeschwerden, der reduzierten Beweglichkeit der Hüften und der allgemeinen Muskelschwäche in Verbindung mit der problematischen Ernährungssituation infolge Magenoperation und der Schwierigkeiten der Einstellung des Blutzuckers ist auch nicht davon auszugehen, dass ab Januar 2015 eine vorwiegend sitzende Tätigkeit zu 50 % zumutbar und umsetzbar sei. Dies wird letztlich bestätigt durch die Aussage des Hausarztes im Jahre 2015, der Beschwerdeführer sei in den alltäglichen Lebensverrichtungen auf die Hilfe Dritter angewiesen. Eine Verbesserung der kardialen Situation ist ebenfalls nicht aktenkundig. Bei dieser Sachlage kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Besserung der gesundheitlichen Situation ab dem genannten Zeitpunkt ausgegangen werden.

E. 7.4.5

Gestützt auf diese Beurteilungen sind für den Zeitraum von Januar 2015 bis Januar 2016 (Verfügung vom 4. Januar 2016) weder eine Stabilisierung des Gesundheitszustands noch eine (wesentliche) Verbesserung in dem Mass, als dem Beschwerdeführer wieder ein halbes Pensum zumutbar wäre (entsprechend ca. 4 Arbeitsstunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche,

unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen), auszumachen. Es gelingt der Vorinstanz somit nicht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine massgebende Verbesserung des Gesundheitszustandes zu belegen; die Folgen dieser Beweislosigkeit hat sie zu tragen (vgl. Urteil BVGer C-106/2010 vom 16. Januar 2013 E. 4.4 und 5.3; vgl. auch Urteil BGer 9C_465/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.3). Die Befristung der Rente erweist sich deshalb als rechtswidrig. Dem Beschwerdeführer steht somit seit 1. Dezember 2013 eine unbefristete ganze Invalidenrente über den 31. März 2015 hinaus zu. Die Verfügung vom 4. Januar 2016 ist entsprechend abzuändern, als die Feststellung des IV-Grads durch die Vorinstanz ab dem 1. April 2015 und die Befristung der IV-Rente per 31. März 2015 aufzuheben ist.

E. 7.4.6

Unter diesen Umständen ist auf die vom Beschwerdeführer ausführlich erläuterten Fragen, ob die Vorinstanz die Berechnung des IV-Grades rechts- und ermessenskonform durchgeführt hat, und ob ihm die Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch zumutbar sei, nicht mehr einzugehen. Zur Frage der zumutbaren Verwertung der Restarbeitsfähigkeit bleibt anzufügen, dass in Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGer 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2 und I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1 mit Hinweisen) beim im Dezember 1956 geborenen Versicherten mit multiplen gesundheitlichen Einschränkungen und einer angestammten Tätigkeit als selbständiger Ofenbauer eine Zumutbarkeit der Verwertung der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt fraglich ist.

E. 7.5

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde vom 11. Januar 2016 gutzuheissen ist. Die Verfügung vom 4. Januar 2016 ist insoweit abzuändern, dass dem Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2013 eine ganze unbefristete Invalidenrente zugesprochen wird. Die Vorinstanz wird aufgefordert, dem Beschwerdeführer die offenen Rentenbeträge nachzuzahlen. Diese sind - da der Beschwerdeführer seinen Mitwirkungspflichten ohne Zweifel vollumfänglich nachgekommen ist - nach den Voraussetzungen von Art. 26 Abs. 2 ATSG gegebenenfalls zu verzinsen (vgl. bspw. Urteil BVGer C-2342/2016 vom 10. November 2016 m.H.).

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind demnach keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der unterliegenden Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Dem obsiegenden rechtsanwaltlich vertretenen Beschwerdeführer steht eine von der Vorinstanz zu entrichtende Parteientschädigung zu (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173. 320. 2]). Da keine Honorarnote eingereicht wurde, ist die Parteientschädigung auf der Grundlage der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und

aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu 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. Die unterliegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

E. 8.3

Unter diesen Umständen fällt die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos geworden weg. (Dispositiv: siehe nächste Seite)

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