

BVGer C-2186/2016 vom 8. Mai 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-05-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2186_2016

FR: TAF C-2186/2016 du 8 mai 2017

IT: TAF C-2186/2016 del 8 maggio 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]); siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Die Beschwerde hat der Beschwerdeführer, unter Berücksichtigung der Zustellung der angefochtenen Verfügung per 1. März 2016 sowie der Gerichtsferien vom 20. März bis zum 3. April 2016, am 11. April 2016 fristgerecht eingereicht (Art. 50 Abs. 1 VwVG). Nachdem er ausserdem aufgrund der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege von der Pflicht zur Leistung eines Kostenvorschusses befreit wurde, ist auf die im Übrigen formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 16. Februar 2016, mit welcher die Vorinstanz das erstmalige Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels anspruchsbegründender Invalidität abgelehnt hat. Prozessthema ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 3

Zunächst sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden rechtlichen Bestimmungen darzulegen.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger und lebt in Brasilien. Da die Schweiz mit Brasilien keinen Staatsvertrag über Leistungen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung abgeschlossen hat, bestimmt sich der vorliegend zu beurteilende Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung ausschliesslich 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: 16. Februar

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). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Die vom Beschwerdeführer in seiner Replik vom 28. September 2016 neu eingereichten medizinischen Unterlagen datieren ausnahmslos erst nach dem vorliegend massgebenden Stichtag vom 16. Februar 2016. Nachdem diese Berichte mit dem vorliegenden Streitgegenstand in einem engem Sachzusammenhang stehen, können sie nachfolgend berücksichtigt werden, soweit sie den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zum vorliegend massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. Februar 2016 umschreiben (vgl. nachfolgend E. 6.8 ff.). Bezüglich einer allfälligen, seither ergangenen Veränderung (insbesondere Verschlechterung) seines Gesundheitszustands ist der Beschwerdeführer demgegenüber auf den Weg der Neuanschuldung bei der Vorinstanz zu verweisen.

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, 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 16. Februar 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

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

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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. 5.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 5.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht staatsvertragliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Mangels staatsvertraglicher Vereinbarung können insbesondere keine Viertelsrenten nach Brasilien exportiert werden.

E. 5.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es 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 m.w.H.). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 17 E. 2b).

E. 5.5

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 m.w.H.). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). 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.

E. 5.6

Aufgabe des medizinischen Dienstes der IVSTA (wie auch des regionalen ärztlichen Dienstes [RAD]) ist es, aus medizinischer Sicht den Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil des BGer 8C_756/2008 vom 4. Juni 2009] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes (oder des RAD) müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. oben E. 5.5) genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des BGer 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte des medizinischen Dienstes der IVSTA ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen 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, das heisst die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des 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 die (versicherungsinterne) Beurteilung des medizinischen Dienstes der IVSTA entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung 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 des BGer 8C_874/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3 und 9C_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3).

E. 6

Die Vorinstanz wies in der angefochtenen Verfügung das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab. Für ihre Beurteilung stützte sie sich primär auf die Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes (Dr. med. D. _____, vgl. nachfolgend E. 6.5). Daneben liegen verschiedene medizinische Berichte aus Brasilien vor, deren Inhalt nachfolgend wiederzugeben ist.

E. 6.1

Dr. E. _____ berichtete am 27. November 2014 über die durchgeführte Computertomographie der Lendenwirbelsäule. Namentlich stellte er fest, es liege nach der Arthrode von L3 bis L5 mithilfe von Metallplatten und Pedikelschrauben eine Fraktur der linken Pedikelschraube im mittleren Drittel von L4 vor. Im Bereich der Pedikelschrauben von L5 - vorwiegend linksseitig - sei eine Strahlungsdurchlässigkeit erkennbar. Die Höhe der Wirbelkörper bleibe zwar erhalten, es seien aber Osteophyten vorhanden. Die Pedikel seien intakt und die Facettengelenke ohne relevante Veränderungen. Die neuralen Foramen von L3-L4 bis L5-S1 seien beidseitig verringert. Ebenfalls seien diffuse Bandscheibenprotrusionen in L3-L4 und L5-S1 festzustellen, die ventral in den Duralsack drängten, sowie eine diffuse Bandscheibenprotrusion in L4-L5, assoziiert mit links fokussierter foraminale und posterolaterale Komponente, die ventral in den Duralsack dringe und die entsprechende foraminale Fettschicht verdränge (IV-act. 5, 19).

E. 6.2

In den Akten liegt sodann zweifach ein handschriftlicher Bericht des den Versicherten behandelnden Neurologen Dr. B. _____ vom 6. Dezember 2014, in welchem unter anderem steht, der Versicherte weise die klinischen Symptome einer schweren chronischen Bandscheibendegeneration von L4 bis L5 auf. Im Übrigen ist der Bericht mangels Lesbarkeit (die Handschrift ist grösstenteils nicht entzifferbar) nicht verwertbar (IV-act. 8 und 22).

E. 6.3

Dr. C. _____ berichtete am 23. Juni 2015 über die durchgeführte Endoskopie des Magen-Darmtrakts und stellte eine Pangastritis sowie eine mässige Enanthembildung, bei negativem Ureasetest, fest (IV-act. 56).

E. 6.4

Im - entgegen dem Auftrag der IVSTA (vgl. IV-act. 41) handschriftlich verfassten und mitunter erneut kaum entzifferbaren - ärztlichen Gutachten vom 20. Oktober 2015 erklärte der behandelnde Arzt Dr. B. _____, Facharzt für Neurochirurgie und Chirurgie der Wirbelsäule, der Versicherte beklage hauptsächlich Schmerzen, die vom Bereich der Lendenwirbelsäule ins linke Bein ausstrahlten. Diese lasse er mittels Physiotherapie sowie einer medikamentösen Schmerzbehandlung therapieren. Aktuell nehme er (aufgrund der Unfähigkeit zum Bedienen schwerer Maschinen) Verwaltungsaufgaben wahr. Er sei für seine zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Traktorfahrer (sic) seit dem 9. Februar 2012 erwerbsunfähig. Im Rahmen der körperlichen Untersuchung stellte Dr. B. _____ eine erhaltene sagittale Bewegungsfähigkeit der Wirbelsäule fest, gleichfalls wie ein Narbengewebe im Lumbalbereich. Die oberen Gliedmassen erwiesen sich im Übrigen als unverändert. Hinsichtlich der unteren Gliedmassen sei eine Fusion der Wirbelgelenke L4 und L5 linksseitig festzustellen. In neurologischer Hinsicht sei der Lasègue-Test links positiv bis 45 Grad. Die Kraft, der Muskeltonus und das Gangbild des linken Beins seien eingeschränkt. Der Achillessehnenreflex sei ausserdem vermindert. Zusammenfassend leide der Versicherte an Nachwirkungen der kompressiven Radikulopathie infolge der Bandscheibenprotrusionen bei L3, L4 und L4, L5. Aktuell sei keine Radikulopathie vorhanden, jedoch bestehe eine chronische Lumbalgie und Parästhesie der Nervenbahnen bei L4, L5 links. Dr. B. _____ diagnostizierte eine chronische Lumbalgie sowie Foramenstenosen bei L3, L4 und L4, L5. Diese seien zurückzuführen auf einen chirurgischen Eingriff vom 9. Februar 2012 mittels Arthrode (das heisst einer

Gelenkversteifung) bei den Wirbelkörpern L3, L4 und L4, L5. Die Ischiasbeschwerden hätten sich zwar verbessert. Infolge der Lumbalgie seien dem Versicherten jedoch keine grossen körperlichen Anstrengungen mit Belastung der Wirbelsäule mehr möglich. Insbesondere sei dem Versicherten die Ausübung der bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Dagegen seien ihm leichte Tätigkeiten nach wie vor möglich, unter Berücksichtigung der nachfolgenden funktionellen Einschränkungen: Vermeiden von wiederholtem Bücken, Heben und Tragen von Lasten, Hinaufsteigen auf Rampen, Treppen und Leitern (Sturzrisiko), unter Einhalten von mehr Pausen (40/40 Minuten) als üblich, mit wechselnder Körperhaltung und in Abwechslung zwischen Gehen, Stehen und Sitzen. Diese angepasste Arbeit könne der Versicherte nicht ganztags ausführen und er müsse alle 40 Minuten die Körperhaltung ändern. Eine solche, die Wirbelsäule nicht belastende Verweisungstätigkeit sei dem Versicherten zumutbar, sobald er sich durch Weiterbildung die nötigen Kenntnisse angeeignet habe. Eine Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten sei nicht möglich (IV-act. 46).

E. 6.5

In seiner Stellungnahme vom 16. November 2015 fasste Dr. med. D. _____, Facharzt für Innere Medizin des medizinischen Dienstes der Vorinstanz, die nachfolgenden Diagnosen zusammen: Status nach Arthrodesen L3 bis L5 vom 9. Februar 2012 (ICD-10 M51); Computertopographie der Lendenwirbelsäule vom 27. November 2017: Status nach Arthrodesen L3 bis L5, Schraube L4 links gebrochen, bilaterale foraminale Einengungen L3 bis S1, Diskusprotrusionen L3/4, L4/5 und L5/S1; Lumboischialgie, Gefühlsstörungen im Bereich L4 und L5 und diskrete Fussenkerschwäche links. Er bezifferte die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit auf 80 %, dies mit Gültigkeit seit dem 9. Februar 2012. Eine Verweisungstätigkeit sei dem Versicherten zumutbar. Für eine solche sei der Versicherte seit dem 9. Februar 2012 voll arbeitsfähig. Die Verweisungstätigkeit könne vollzeitig mit zusätzlichen Pausen alle zwei Stunden von 15 Minuten ausgeübt werden. Zu berücksichtigen seien ausserdem die folgenden funktionellen Einschränkungen: Die Arbeit sei sitzend oder in wechselnder Position auszuführen, Gewichte seien maximal bis 10 Kilogramm zu tragen, ein Verharren in Zwangshaltungen oder schwere Arbeiten seien gänzlich zu vermeiden, gehen solle der Versicherte lediglich kurze Strecken, zu vermeiden seien Kälte, Nässe und schlechtes Wetter. Bezüglich Selbständigkeit, Verantwortung, Stressbelastung und Teamarbeit bestünden keine Einschränkungen. Dr. med. D. _____ führte sodann aus, der früher als Elektriker und Maler sowie zuletzt als (teilweise selbständiger) landwirtschaftlicher Arbeiter tätige Versicherte könne infolge der trotz Operation der Lendenwirbelsäule verbleibenden Beschwerden keine körperlich schweren beruflichen Tätigkeiten mehr ausüben, insbesondere nicht seine zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit. Körperlich leichte, angepasste und wechselbelastende Tätigkeiten seien indessen nach wie vor voll zumutbar. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe seit dem 9. Februar 2012 (Datum der Operation). In der Beilage zu seiner Stellungnahme führte Dr. med. D. _____ als mögliche zumutbare Verweisungstätigkeiten auf: Hausmeister/Wächter eines Gebäudes/einer Baustelle, Parkplatz-/Museumsaufseher, Lagerist/Materialwirtschaft, kleine Lieferungen mit einem Fahrzeug, Versandgeschäft, Verkäufer allgemein, Reparatur kleiner Apparate/Haushaltsartikel, Kassierer, Ticketverkäufer, im Bereich der Registrierung, Klassifizierung, Archivierung von Dokumenten, Verteilung von interner Post, Kommissionär, Empfang/Rezeptionist, Telefonist oder im Bereich der Dateneingabe/Scannen von Dokumenten (IV-act. 50).

E. 6.6

Gemäss dem weiteren Arztbericht von Dr. B. _____ vom 16. Januar 2016 habe nach der Arthrodeese bei den Lendenwirbeln L3, L4 und L4, L5 vom 9. Februar 2012 eine gebrochene Pedikelschraube zur Kompression der Nervenwurzel geführt, woraus sich eine chronische Lumbalgie entwickelt habe. Der Versicherte benötige daher eine medikamentöse Behandlung mit Schmerzmitteln und ertrage keine starken körperlichen Belastungen. Dr. B. _____ empfahl, jegliche Erwerbstätigkeit zu unterlassen (IV-act. 58).

E. 6.7

In der Stellungnahme vom 4. Februar 2016 wiederholte Dr. med. D. _____ seine bisherigen Angaben und ergänzte, es seien im Rahmen des Vorbescheidverfahrens keine neuen medizinischen Informationen eingegangen, welche zu einer anderen Beurteilung führten (IV-act. 62; vgl. vorne Sachverhalt Bst. C).

E. 6.8

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer mit Replik vom 28. September 2016 mehrere Röntgenbilder und medizinische Unterlagen aus Brasilien ein, welche teilweise bereits in den Vorakten liegen (so liegen die mit den Beilagen 3 und 9 eingereichten Röntgenbilder bereits in den IV-act. 6 und 20 und der in der Beilage 6 eingereichte Arztbericht von Dr. C. _____ vom 23. Juni 2015 entspricht IV-act. 56 [vgl. oben E. 6.3]). Daneben reichte der Beschwerdeführer die in den nachfolgenden Erwägungen dargestellten neuen, erst nach dem 16. Februar 2016 datierenden Unterlagen ein. Trotz grundsätzlicher Begrenzung der Überprüfung des Sachverhalts in zeitlicher Hinsicht bis zum 16. Februar 2016 (Erlass der angefochtenen Verfügung) können diese Unterlagen vorliegend insoweit berücksichtigt werden, als sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis und mit dem 16. Februar 2016 erlauben (E. 2.3 Abs. 2).

E. 6.8.1

Im Arztbericht vom 24. September 2016 befand Dr. B. _____, der Versicherte zeige klinische Symptome einer linksseitigen therapierefraktären Lumbalgie, die konservativ und physiotherapeutisch behandelt werde. Im Jahr 2012 sei mithilfe von Pedikelschrauben eine Arthrodeese bei den Lendenwirbeln L3, L4 und L4, L5 durchgeführt worden. Die postoperative Entwicklung sei gut verlaufen, bei einem erheblichen Rückgang der Schmerzsymptome. Der Versicherte habe seine Berufstätigkeit eingeschränkt wieder aufnehmen können. Vor einem halben Jahr seien linksseitig Ischiasbeschwerden aufgetreten, die auf eine Fraktur der linken Pedikelschraube in L4 zurückzuführen seien. Die Schmerzsymptome hätten stetig zugenommen, was einen erneuten chirurgischen Eingriff erfordere, der zurzeit geplant sei. Der Patient sei erwerbsunfähig und könne keinerlei körperlichen Aktivitäten mehr ausüben (BVGer-act. 11, Beilage 1).

E. 6.8.2

Der Neurologe Dr. F. _____ führte im Arztbericht vom 27. September 2016 aus, der Versicherte habe sich im Jahr 2012 einem neurochirurgischen Eingriff unterzogen. Nach einer anfänglichen guten Entwicklung hätten sich vor einem halben Jahr Symptome eines linksseitigen Lumbalsyndroms bemerkbar gemacht. Bei der einfachen Röntgenuntersuchung sei eine Fraktur der linken Pedikelschraube in L4 diagnostiziert worden, was einen erneuten chirurgischen Eingriff zur Behebung der Beschwerden

erforderlich mache. Zurzeit sei der Versicherte erwerbsunfähig und könne keine körperlichen Aktivitäten ausführen (BVGer-act. 11, Beilage 2).

E. 6.8.3

Dr. G._____, Facharzt für Erkrankungen des Magen-Darmtrakts, erklärte im handschriftlichen Kurzbericht vom 23. September 2016, der Versicherte leide an einem Bandscheibenvorfall, der einen chirurgischen Eingriff erfordere. Eine Erwerbstätigkeit sei aktuell aufgrund der Erkrankung nicht möglich (BVGer-act. 11, Beilage 4).

E. 6.8.4

Dr. H._____ stellte im Bericht vom 16. September 2016 eine Bauchnabelhernie fest, wobei er darauf hinwies, dass die Diagnosenstellung auf der Grundlage bildgebender Verfahren nicht endgültig sei und daher eine weitere Beurteilung mit Blick auf klinische und therapeutische Entscheidungen durch den behandelnden Arzt erfordere (BVGer-act. 11, Beilage 5).

E. 6.8.5

Mit Bescheinigung vom 15. August 2016 bestätigte der Physiotherapeut Dr. J._____ der Klinik K._____, dass sich der Versicherte aufgrund der Diagnose einer Gonarthrose im rechten Kniegelenk sowie einer Lumbalgie in physiotherapeutischer Behandlung befinde (BVGer-act. 11, Beilage 7).

E. 6.8.6

Die Physiotherapeutin L._____ der Beratungsstelle für Sensomotorik "(...)" bestätigte in einem nicht datierten Schreiben ebenfalls, dass sich der Versicherte aufgrund starker Schmerzen in der Lendenwirbelsäule in physiotherapeutischer Behandlung befinde. Er sei in der Ausführung alltäglicher Aktivitäten eingeschränkt und benötige eine absolute Ruhigstellung zur Linderung der Schmerzsymptome (BVGer-act. 11, Beilage 8).

E. 6.8.7

In einem grösstenteils nicht entzifferbaren Bericht vom 16. August 2016 befand Dr. M._____ des Instituts für Orthopädie, Rehabilitation und Traumatologie, der Versicherte sei erwerbsunfähig (BVGer-act. 11, Beilage 10).

E. 6.9

Hinsichtlich der im Beschwerdeverfahren neu eingegangenen Unterlagen holte die Vorinstanz im Rahmen ihrer Duplik eine erneute Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes ein (vgl. Sachverhalt Bst. H). Dr. N._____, Fachärztin für allgemeine Medizin, rekapitulierte in ihrer Stellungnahme vom 13. Oktober 2016, der Versicherte leide seit ungefähr 2011 an einer chronischen Lumboischialgie links. Am 9. Februar 2012 sei eine Arthrodesen L3 bis L5 durchgeführt worden. Auf der Computertomographie vom 27. November 2014 sei ein Bruch der Schraube bei L4 links zu erkennen, eine foraminale Stenose L3-L4 und L4-L5 sowie stufenförmige Bandscheibenprotrusionen. Klinisch sei der Lasègue-Test links positiv bis 45 Grad, es bestehe eine Hypästhesie (verminderte Berührungs- und Drucksensibilität der Haut) seitlich des linken Beines sowie eine verminderte Kraft bei der Anhebung der Fersen. Der Achillessehnenreflex sei ausserdem vermindert. Daneben würde eine leichte endoskopische erythematöse Pangastritis erwähnt. In der Folge fasste Dr. N._____ die im Beschwerdeverfahren neu eingegangenen medizinischen Unterlagen kurz zusammen. Sie erklärte alsdann, die neu eingereichten medizinischen Unterlagen beschreiben mehrheitlich

bereits bekannte Tatsachen, ohne neue klinische oder funktionelle Elemente zu enthalten. Die einzige neue Information betreffe die Nabelhernie. Diese sei indessen möglicherweise mittels Chirurgie heilbar, was lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von einigen Wochen nach sich ziehe. Somit bleibe die Feststellung der Arbeitsfähigkeit gemäss der Stellungnahme vom 4. Februar 2016 gültig. Administrative Tätigkeiten seien dem Versicherten (gemäss dem Formularbericht vom 20. Oktober 2015) im Sinne von angepassten beruflichen Tätigkeiten zumutbar (BVGer-act. 13, Beilage 2).

E. 7

Wie bereits dargelegt, hat sich die Vorinstanz für die Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers sowie namentlich auch für die Beurteilung der verbleibenden (Rest-) Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf die Stellungnahme von Dr. med. D._____ ihres medizinischen Dienstes vom 16. November 2015 (E. 6.5) gestützt. Auch Dr. N._____ hat sich in ihrer Stellungnahme vom 13. Oktober 2016 im Wesentlichen darauf beschränkt, die Stellungnahme von Dr. med. D._____ als nach wie vor gültig zu erklären (E. 6.9).

E. 7.1

Dr. med. D._____ hat in seiner Stellungnahme vom 16. November 2015 die Gesundheitseinschränkungen des Beschwerdeführers zwar korrekt den bis zu jenem Zeitpunkt vorliegenden medizinischen Berichten, hauptsächlich dem Gutachten von Dr. B._____ vom 20. Oktober 2015, entnommen. Seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weicht indessen - ohne entsprechende Begründung - von jener von Dr. B._____ ab. So bezifferte Dr. med. D._____ die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit des Beschwerdeführers auf 80 %, während Dr. B._____ den Beschwerdeführer als in seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit voll arbeitsunfähig erklärt hatte. Auch in Bezug auf die - vorliegend entscheidende - Arbeitsfähigkeit in einer zumutbaren Verweisungstätigkeit weichen die Einschätzungen von Dr. med. D._____ und Dr. B._____ voneinander ab. Anders als Dr. B._____, welcher ausdrücklich erklärt hatte, der Beschwerdeführer könne auch eine angepasste berufliche Tätigkeit nicht ganztags ausüben, befand Dr. med. D._____ den Beschwerdeführer als für eine Verweisungstätigkeit voll arbeitsfähig. Auch die jeweiligen Empfehlungen von einerseits Dr. B._____ und andererseits Dr. med. D._____ hinsichtlich eines erhöhten Pausenbedarfs stimmen nicht überein. Gemäss Dr. B._____ betrage der Pausenbedarf 40/40 Minuten. Diese Angabe könnte so ausgelegt werden, dass der Beschwerdeführer alle 40 Minuten eine 40-minütige Pause einzulegen habe. Dies entspräche somit einer reduzierten Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit von 50 %. Die nicht gänzlich klare Angabe hinsichtlich des erhöhten Pausenbedarfs von Dr. B._____ übergang Dr. med. D._____ jedoch ohne entsprechenden Hinweis und bestimmte seinerseits, der Beschwerdeführer habe alle zwei Stunden eine zusätzliche Pause von 15 Minuten einzuhalten.

E. 7.2

Indem Dr. med. D._____ eine eigene, von den ihm vorliegenden medizinischen Unterlagen abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vorgenommen hatte, ohne den Beschwerdeführer selber medizinisch untersucht zu haben, handelt es sich bei seiner Stellungnahme nicht um eine blosser Zusammentragung respektive Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts (vgl. E. 9). Die als "Aktengutachten" ausgestaltete Stellungnahme vom 16. November 2015 widerspricht

vielmehr den medizinischen Akten, auf denen sie beruhen sollte. Die Abweichung von den Feststellungen der ihm vorliegenden medizinischen Berichte hat Dr. med. D. _____ in seiner relativ kurzen Stellungnahme denn auch in keiner Weise begründet. Damit durfte die Vorinstanz für die Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht auf die Stellungnahme von Dr. med. D. _____ ihres medizinischen Dienstes vom 16. November 2015 abstellen.

E. 7.3

Zu prüfen ist, ob die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gestützt auf den Formularbericht von Dr. B. _____ vom 20. Oktober 2015 hinreichend bestimmt werden kann. Wie bereits in der Erwägung 7.1 dargelegt, verneinte Dr. B. _____ das Vorliegen einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit, ohne jedoch den genauen Grad der verbleibenden Arbeitsfähigkeit eindeutig bekannt zu geben (aufgrund der Angaben von Dr. B. _____ insbesondere zum zusätzlichen Pausenbedarf könnte eine Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit von 50 % in Betracht gezogen werden). Seine Formulierung hinsichtlich des Erfordernisses zusätzlicher Pausen (wörtlich: "Número et duração dessas pausas 40/40 minutos") kann nicht eindeutig ausgelegt werden. Schliesslich sind auch die aufgrund der körperlichen Untersuchungen getroffenen Befunde im handschriftlich ausgefüllten Formularbericht lediglich stichwortartig, ohne hinreichende medizinische Erläuterungen, dargestellt. Mangels vollständiger Klarheit der im Formularbericht vom 20. Oktober 2015 enthaltenen Beurteilung kann dieser weder als schlüssig noch als nachvollziehbar gewürdigt werden. Insgesamt genügt der Bericht von Dr. B. _____ vom 20. Oktober 2015 damit nicht den in der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an ein rechtsgenügendes Gutachten (vgl. vorne E. 5.5).

E. 8

Nach dem Gesagten fehlt in den vorliegenden Akten eine rechtsgenügende und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands sowie eine nachvollziehbar und schlüssig begründete Beurteilung der (verbleibenden Rest-) Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Damit hat die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG).

E. 8.1

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn auf Grund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten bzw. andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V 163 E. 1d; vgl. zum Ganzen: Urteil des BVGer C-1767/2015 vom 7. Februar 2017 E. 4.5).

E. 8.2

Vorliegend fehlt in den vorinstanzlichen Akten eine umfassende, schlüssige und widerspruchsfreie Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit des

Beschwerdeführers. Eine Rückweisung an die Vorinstanz erscheint daher gerechtfertigt - dies auch unter dem Gesichtspunkt, dass damit dem Beschwerdeführer der doppelte Instanzenzug gewahrt bleibt (vgl. BGE 137 V 210, E. 3.4). Die angefochtene Verfügung vom 16. Februar 2016 ist daher aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese eine umfassende Begutachtung mitsamt einer nachvollziehbaren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einhole und anschliessend über den Rentenanspruch neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

E. 9

Ferner ist im Sinne eines obiter dictum darauf hinzuweisen, dass das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG vorliegend im Februar 2013 abgelaufen ist. Nachdem sich der Beschwerdeführer Ende Januar 2015 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet hat, entstand ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab dem 1. Juli 2015 (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Für den vorzunehmenden Einkommensvergleich sind daher die Vergleichseinkommen des Jahres 2015 zu berücksichtigen, wobei die Vergleichszahlen des Valideneinkommens und des Invalideneinkommens auf demselben Jahr zu beruhen haben. Die Vorinstanz hat in ihrem Einkommensvergleich vom 4. Dezember 2015 (vgl. IV-act. 51) daher zu Unrecht für das Valideneinkommen auf die Lohnstrukturerhebung (LSE) des Jahres 2010 und für das Invalideneinkommen auf die LSE des Jahres 2012 abgestellt, was aufgrund des mit der LSE 2012 vorgenommenen Systemwechsels erst recht nicht angeht (vgl. zu den Unterschieden zwischen der LSE 2010 und der LSE 2012 Urteil des BGer 9C_632/2015 vom 4. April 2016 E. 2.5.3 ff.).

E. 10

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG auferlegt das Bundesverwaltungsgericht die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuer Verfügung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.) womit dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Damit wird die mit Zwischenverfügung vom 7. Juli 2016 (vgl. Sachverhalt Bst. E) gewährte unentgeltliche Rechtspflege gegenstandslos. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Da dem obsiegenden Beschwerdeführer, welcher nicht anwaltlich vertreten war, keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden sind, ist ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)