

# **BVGer C-2297/2022 vom 20. Juni 2025**

Bundesverwaltungsgericht, 2025-06-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/bvger\\_C-2297\\_2022](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/bvger_C-2297_2022)

FR: TAF C-2297/2022 du 20 juin 2025

IT: TAF C-2297/2022 del 20 giugno 2025

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht [VGG; 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als direkter 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 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021]). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) und mit Zwischenverfügung vom 12. Juli 2022 das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gutgeheissen. Da mithin sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

### **E. 2.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG). Es 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. BVGE 2013/46 E. 3.2).

C-2297/2022 Seite 7

### **E. 2.2**

Das Verwaltungsverfahren wie auch der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2; 137 V 210 E. 1.2.1 und 2.1.1; 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Partei (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122

V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

### **E. 2.3**

Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6). Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt dieser Beweisforderung nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, nicht publiziert in: BGE 140 V 220).

### **E. 2.4**

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. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und hat u.a. in der Schweiz Versicherungsbeiträge geleistet (IV-Akt. 27). Es liegt demnach ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur Europäischen Union (EU) vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1;

C-2297/2022 Seite 8 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.3). 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 von Ansprüchen gegenüber der Invalidenversicherung bzw. die vorliegend umstrittene Rentenberechnung 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; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung (EG) Nr. 883/2004).

### **E. 3.2**

In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.31). Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG

(Weiterentwicklung der IV [AS 2021 705; BBl 2020 5535]; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen vom 3. November 2021 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; RS 831.201; AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach dem Krafttreten dieser Änderungen entstanden sind, werden nach den neuen Normen geprüft. Soweit aber – wie vorliegend – Ansprüche zu prüfen sind, welche noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen diejenigen Bestimmungen zur Anwendung, die bis zum 31. Dezember 2021 galten (vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007–1010). Im Übrigen gilt nach Bst. c der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 für Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderungen entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderungen das 55. Altersjahr vollendet haben, das bisherige

C-2297/2022 Seite 9 Recht. Demnach verbleiben diese Personen bis zu ihrem Ausscheiden aus der Invalidenversicherung im alten Rentensystem.

#### **E. 4**

Anfechtungsobjekt und somit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 134 V 418 E. 5.2; 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 12. April 2022, mit welcher die Vorinstanz die Erstanmeldung des Beschwerdeführers vom 13. März 2016 abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

#### **E. 5**

Der Beschwerdeführer hat während 3 Jahren und 9 Monaten Beiträge an die AHV/IV geleistet (IV-Akt. 27). Er erfüllt somit die Anspruchs- voraussetzung der Mindestbeitragsdauer von drei Jahren gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG, wonach Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben, Anspruch auf eine ordentliche Rente haben (vgl. auch Art. 36 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10], Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; BGE 131 V 390). Es bleibt zu prüfen, ob der Versicherte auch invalid im Sinne des Gesetzes ist.

#### **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) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 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 Erwerbsun- fähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht

C-2297/2022 Seite 10 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 im Sinne von 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 erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG, in der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung [AS 2007 5129; BBl 2005 4459]). Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Einkommen mit Invalidität), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Einkommen ohne Invalidität). Der Invaliditätsgrad ergibt sich aus der Einkommensdifferenz (allgemeine Methode des Einkommens- vergleichs; BGE 137 V 334 E. 3.1.1; 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

### **E. 6.4**

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG 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 (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG wird die Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht.

### **E. 6.5.1**

Für die rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente finden die für die Rentenrevision geltenden

C-2297/2022 Seite 11 Normen (Art. 17 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog Anwendung (vgl. BGE 133 V 263 E. 6.1; 131 V 164 E. 2.2; Urteil des BGer 8C\_124/2021 vom 2. August 2021 E. 2.2; 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3; 9C\_226/2011 vom 15. Juli 2011 E. 4.3.1 [nicht im BGE 137 V 369 publizierte E.]).

### **E. 6.5.2**

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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit

Zuspriechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich in dieser Konstellation durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzuspriechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des BGer 8C\_124/2021 vom 2. August 2021 E. 2.2).

### **E. 6.5.3**

Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; in jedem Fall ist sie zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Artikel 29bis IVV ist sinngemäss anwendbar (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV).

### **E. 6.6**

Der Rentenanspruch erlischt mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung, d.h. insbesondere bei Erreichen des Referenzalters nach Art. 21 Abs. 1 AHVG, welches 65 Jahre beträgt (vgl. Art. 30 IVG und Art. 21 AHVG, je in ihren Fassungen vor dem 1. Januar 2024 [AS 2002 3371 und 1996 2466]).

C-2297/2022 Seite 12

### **E. 7.1**

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. 7.2**

Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (BGE 143 V 409 und 418), so sind für die Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungs- faktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 145 V 361 E. 3.1; 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann jedoch dort von diesem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Daher bleibt es entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1; 143 V 409 E. 4.5.3; 134 V 231 E. 5.1; Urteil des BGer 9C\_14/2018 vom 12. März 2018 und 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert

C-2297/2022 Seite 13 gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, ist in aller Regel kein strukturiertes Beweisverfahren erforderlich (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; Urteil des BGer 8C\_341/2018 vom 13. August 2018 E. 6.2; 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

## **E. 8**

Aufgrund des soeben Ausgeführten ist nachfolgend zu prüfen, ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt entsprechend der ihr gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG obliegenden Pflicht rechtsgenügend abgeklärt hat.

### **E. 9.1**

Es lagen der IVSTA hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheits- zustandes und der Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers zunächst folgende medizinischen Unterlagen vor:

#### **E. 9.1.1**

Gemäss dem Bericht vom 22. Mai 2013 des Dr. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, litt der Versicherte an zervikalen Stenosen C4/5 und C6/7, bei C4/5 mit Myelopathie (IV-Akt. 3; deutliche Myelonkompression bei Bandscheibenvorfall, vgl. IV-Akt. 2). Der Versi- cherte war vom 22. bis 28. Juli 2013 in stationärer Behandlung im Klinikum C.\_\_\_\_\_, wo am 23. Juli 2013 ein Eingriff mittels ventraler Dekompression des Segments C4/5 und anschliessender Fusion (Cage FORMAR) durchgeführt wurde. In ihrem Bericht vom 23. August 2013 haben die Ärzte des Klinikums einen unauffälligen intra- und postoperativen Verlauf beschreiben (IV-Akt. 2). Im postoperativen Bericht vom 29. August 2013 stellte Dr. B.\_\_\_\_\_, hauptsächlich fest, dass die Beschwerden nicht mehr vorhanden seien, beziehungsweise, dass die restlichen funktionellen Beschwerden mit manueller Therapie angegangen werden würden (IV-Akt. 13).

#### **E. 9.1.2**

Am 3. Dezember 2015 wurde der Versicherte im Praxiszentrum D.\_\_\_\_\_, für Neurologie-Psychiatrie-Psychotherapie untersucht. Im Bericht vom 7. Januar 2016 des Praxiszentrums wurde als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode festgehalten. Der Auslöser sei die Trennung von der Partnerin im März 2015 gewesen. In der Vorgeschichte sei keine depressive Episode eruierbar, die Familien- sowie Substanz- anamnese seien

«bland». Es wurde auch der psychische Befund beschrieben. Die Indikation für eine antidepressive Behandlung sei klar gegeben (IV-Akt. 4). Im Bericht vom 8. Februar 2016 des Praxiszentrums wurden zusätzlich die Diagnosen einer Anpassungsstörung mit

C-2297/2022 Seite 14 emotionaler Symptomatik sowie ein Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung gestellt. Der Versicherte habe von einem Suizidversuch eines Freundes, von dem er Zeuge gewesen sei, berichtet, was die vorbestehende depressive Symptomatik verschlechtert habe. Es wurde zu einer ambulanten Psychotherapie geraten und die Medikation angepasst (IV-Akt. 5).

### **E. 9.1.3**

Der Versicherte hielt sich vom 9. Juni bis zum 7. Juli 2016 in der E. \_\_\_\_\_-Klinik zur Rehabilitation auf. Nach dem Reha- Entlassungsbericht vom 15. Juli 2016 seien das Heilverfahren aus psychotherapeutischer Indikation eingeleitet und die orthopädischen Beschwerden mitbehandelt worden. Als Diagnosen wurden 1. eine Anpassungsstörung (mit ausgeprägter depressiver Komponente) mit deutlich reduziertem Antrieb und sozialem Rückzug, 2. Nacken- /Schulterschmerzen, rechts mehr als links (Zustand nach Kunststoff-Cage C5/C6 laut Patientenangaben), 3. Verspannungen zervikothorakal rechts und 4. ein fortgesetzter Nikotinkonsum gestellt. In der sozialmedizinischen Beurteilung wurde festgehalten, dass der Versicherte aus psychotherapeutischer Sicht aufgrund seiner geringen emotionalen Belastbarkeit und der nach wie vor bestehenden ausgeprägten depressiven Symptomatik vorübergehend arbeitsunfähig sei, bei empfohlener Weiterbehandlung sei jedoch die Wiederherstellung der vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit zu erwarten mit einem uneingeschränkten Leistungsvermögen für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Aus orthopädischer Sicht sei die Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit möglich. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könnten leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Wechselrhythmus zwischen überwiegendem Stehen, überwiegendem Gehen und überwiegendem Sitzen in Tages-, Früh- oder Spätschicht ausgeübt werden. Arbeiten in Wirbelsäulen- Haltungskonstanzen, Torsionsbewegungen oder häufig in Überschulter- höhe, auf Leitern oder Gerüsten sollten nicht getätigt werden und Nachtschichtarbeiten sollten innerhalb der nächsten sechs Monate nicht stattfinden (IV-Akt. 6).

### **E. 9.1.4**

Das Praxiszentrum D. \_\_\_\_\_ bestätigte im Zwischenbericht vom 30. August 2016 (IV-Akt. 7) die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode. Die Medikation sowie die aktuelle mittelschwere bis schwere depressive Symptomatik wurden beschrieben. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit. Im Zwischenbericht vom 31. Dezember 2016 (IV-Akt. 8) wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome attestiert. Eine neue Medikation mit Bupropion habe eine leichte

C-2297/2022 Seite 15 Besserung des Antriebs und der Stimmung ermöglicht. Der Patient sei bis auf Weiteres arbeitsunfähig und beziehe zurzeit Hartz IV. Im Zwischen- bericht vom 31. Juli 2017 (IV-Akt. 10) wurden als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, zurzeit remittiert, sowie ein Verdacht auf eine Bipolar-II-Störung (F31.8, V) mit hypomaner Nachschwankung angegeben. Bis Ende Mai 2017 habe keine Verbesserung des psychischen Befindens stattgefunden. Bei der aktuellen Vorstellung zeige sich eine Stimmungsaufhellung mit gehobener Stimmung, Rededrang, welche differentialdiagnostisch (DD) im Ruhezustand (i.R.) einer hypomanen Nachschwankung

gleichkomme, sowie eine Antriebsverbesserung. Jedoch seien keine Schlafstörung und keine manischen oder psychotischen Symptome vorhanden. Der Versicherte sei ausführlich über das Switch-Risiko unter dem verabreichten Medikament (Bupropion) unterrichtet worden. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe weiterhin. Der Versicherte werde demnächst eine Rente beantragen, wozu sie ihm auch geraten hätten.

#### **E. 9.1.5**

In der abschliessenden sozialmedizinischen Stellungnahme zuhanden der deutschen Rentenversicherung vom 22. Juli 2017 hielt Dr. F. \_\_\_\_\_ als Diagnosen eine schwere depressive Störung ohne psychotische Symptome (F32.2), eine bipolare affektive Störung (F31.8), eine cervicale Spinalkanalstenose mit Myelopathie (M 48 und M53). Der Versicherte könne nur noch leichte Arbeiten verrichten, unter 3 Stunden und eine Besserung sei unwahrscheinlich (IV-Akt. 14).

#### **E. 9.1.6**

Gemäss der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 15. August 2017 des Dr. G. \_\_\_\_\_ des Praxiszentrums D. \_\_\_\_\_. (IV-Akt. 12), die eine Folgebescheinigung darstellte, bestehe eine Arbeitsunfähigkeit vom 22. Juli 2016 bis zum 29. August 2017. Als Diagnosen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründen würden, wurden F31.2 G (mittelgradige depressive Episode, gesicherte Diagnose), F43.2 G (Anpassungsstörung, gesicherte Diagnose) und F43.1 V (posttraumatische Belastungsstörung, Verdachtsdiagnose) aufgeführt.

#### **E. 9.2**

Die soeben aufgeführten Dokumente wurden Dr. H. \_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst der IVSTA, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zur Beurteilung unterbreitet. Dieser beantragte in seiner Stellungnahme vom 2. März 2021 die Vornahme von zusätzlichen Abklärungen, um aktualisierte Angaben über den Gesundheitszustand des Versicherten und dessen Entwicklung zu erhalten (IV-Akt. 76). Die Deutsche Rentenversicherung wurde sodann mit Schreiben vom 4. März und 27. Juli 2021 mit

C-2297/2022 Seite 16 der Untersuchung des Versicherten beauftragt. Konkret wurden ein Bericht über den aktuellen Gesundheitszustand (E 213), ein psychiatrischer Bericht, eine orthopädische Untersuchung sowie allfällige Spitalberichte angefordert (IV-Akt. 78 und 91).

#### **E. 9.3**

Danach wurden die folgenden medizinischen Unterlagen übermittelt:

##### **E. 9.3.1**

Ein Bericht vom 26. Juli 2013 des Klinikums C. \_\_\_\_\_, welcher sich auf die Operation vom 23. Juli 2013 bezieht und dem Bericht vom 23. August 2013 sehr ähnlich ist (IV-Akt. 94; vgl. E. 9.1.1 oben).

##### **E. 9.3.2**

Im Zwischenbericht vom 3. November 2017 des Praxiszentrums D. \_\_\_\_\_ wurden als Diagnosen, wie bereits im vorherigen Bericht vom 31. Juli 2017 (vgl. E. 9.1.4), eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, zurzeit remittiert, sowie ein Verdacht auf eine Bipolar-II-Störung mit hypomaner Nachschwankung erwähnt. Inzwischen sei dem Versicherten eine Rente bewilligt worden, was zu einer erheblichen

psychischen Entlastung geführt habe. Eine Reduktion der Medikamente wurde probatorisch vereinbart und eine Kontrolluntersuchung im Januar 2018 vorgesehen (IV-Akt. 81).

### **E. 9.3.3**

Berichte über verschiedenste Untersuchungen lagen vor, so ein Laborbericht vom 6. August 2018 (IV-Akt. 82), Resultate des Elektrokardiogramms (EKG) vom 6. August 2018 (IV-Akt. 80), ein Bericht vom 15. August 2018 von Dr. I. \_\_\_\_\_, die eine Gastroskopie durchführte, welche aufgrund einer Gastritis und Refluxösophagitis vorgenommen worden sei, und eine Refluxösophagitis LA Kl. A (Los Angeles Klassifikation A), Antrumgastritis und Bulbitis festhielt (IV-Akt. 83), sowie ein pathologisch-anatomisches Gutachten vom 16. August 2018 von Dr. J. \_\_\_\_\_, der nach einer Makroskopie einzelne gewundene Stäbchen im Sinne von *Helicobacter pylori* nachweisen konnte (IV-Akt. 84).

### **E. 9.3.4**

Im Befundbericht vom 14. Juli 2021 des Hausarztes Dr. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren, den dieser zuhanden der Deutschen Rentenversicherung gemäss einem vordruckten Formular handschriftlich ausgefüllt hat, werden zunächst die bekannten Diagnosen wiedergegeben, d.h. eine schwere depressive Episode, zurzeit remittiert, ein Verdacht auf eine Bipolar-II-Störung, ein Zustand nach einem Bandscheivenvorfall und Osteochondrose im Segment C4/C5 mit Myelopathiezeichen. Es bestehe eine verminderte körperliche Belastbarkeit (wegen dem Bandscheibenvorfall) sowie eine geringe

C-2297/2022 Seite 17 emotionale Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen und eine emotionale Labilität. Der Arzt hat zudem Einschränkungen in mehreren Aktivitäten/Teilhaben angekreuzt und eine psychotherapeutische Behandlung sowie eine neurologische Mitbehandlung erwähnt. Der Versicherte sei seit Jahren berentet und eine Besserung der Leistungsfähigkeit sei nicht möglich. Obwohl der Arzt angibt, dass eine Befundänderung in den letzten 12 Monaten nicht eingetreten sei, teilte er mit, dass aktuell Abklärungen wegen einer Belastungsdyspnoe und Bauchschmerzen vorgenommen werden und ein kardiologischer und neurologischer Befund ausstehe (IV-Akt. 95).

### **E. 9.3.5**

Mit Bemerkung vom 22. Juli 2021 teilte Dr. L. \_\_\_\_\_ von der Deutschen Rentenversicherung, Facharzt für Chirurgie und Sozialmedizin, mit, dass keine Behandlung bei einem Psychiater stattfinde (IV-Akt. 96).

### **E. 9.4**

Weiter befanden sich im Dossier vor allem ein Arbeitszeugnis vom 15. Januar 2009 (IV-Akt. 41 S. 12), ein Gutachten vom 17. Juli 2012 betreffend die Ursache des Verkehrsunfalls vom 15. Mai 2012, in welchen der Versicherte verwickelt war (IV-Akt. 1), der Fragebogen für den Versicherten, ausgefüllt und unterzeichnet am 11. Juli 2018 (IV-Akt. 41), eine E-Mail vom 31. Juli 2018 des letzten Arbeitgebers, woraus hervorgeht, dass das Arbeitsverhältnis fristgerecht von Seiten des Arbeitgebers beendet worden sei und keine Angaben über einen Gesundheitsschaden vorlägen (IV-Akt. 44 S. 2), sowie ein Fragebogen für den Arbeitgeber vom 5. Februar 2021, wonach das unbefristete Arbeitsverhältnis auf den 31. Dezember 2014 betriebsbedingt beendet worden sei (IV-Akt. 72).

### **E. 9.5**

In medizinischer Würdigung dieser Aktenlage hielt Dr. H.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 2. September 2021 als Hauptdiagnose eine depressive Störung/Anpassungsstörung in Remission sowie als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach einer Bandscheibenoperation und eine Ösophagitis/Gastritis mit Helicobacter fest. Er erklärte, dass der Versicherte 2013 wegen einer zervikalen Diskushernie operiert worden sei, der Verlauf als günstig beschrieben wurde und der Versicherte danach weiter gearbeitet habe bis sein Arbeitsvertrag betriebsbedingt im Dezember 2014 endete. Es sei keine Verschlechterung des Zustandes aus somatischer Sicht dokumentiert worden. Aus somatischer Sicht läge somit keine Arbeitsunfähigkeit vor (IV-Akt. 99).

C-2297/2022 Seite 18 Dr. M.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IVSTA, Psychiater und Psychotherapeut, hat die psychiatrischen Leiden des Versicherten gewürdigt und in seiner Stellungnahme vom 9. November 2021 als Diagnose eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert aufgeführt. Er gab zudem an, dass der Versicherte 2015 eine depressive Episode entwickelt habe, die spätestens seit dem 3. November 2017 remittiert sei. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei zu diesem Zeitpunkt zu Recht nicht mehr erwähnt worden und eine bipolare affektive Störung nur als Verdacht aufgeführt worden. Somit verbleibe keine einzige psychiatrische Diagnose, weshalb auch keine psychiatrisch begründeten funktionellen Einschränkungen und keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehen könne (IV-Akt. 101).

#### **E. 9.6.1**

Im aktuellen Beschwerdeverfahren hat der Versicherte die Rentenakten der Deutschen Rentenversicherung ins Recht gelegt. Hinzuweisen ist insbesondere auf folgende medizinische Dokumente:

##### **E. 9.6.1.1**

Im Bericht vom 19. März 2013 gibt Dr. B.\_\_\_\_\_ als Diagnose cervicale Stenosen C4/5 – C6/7 an und hält fest, dass die Degenerationen an der Halswirbelsäule (HWS) ausgeprägt seien und eine Operation indiziert sei (BVGer-Akt. 16 Beilage 7 S. 737).

##### **E. 9.6.1.2**

Gemäss dem Bericht vom 25. März 2015 von Dr. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie, leide der Versicherte an einer Anpassungsstörung und es bestehe eine vorläufige Arbeitsunfähigkeit. Er führte aus, dass es auf dem Boden einer konstituierenden Persönlichkeitsstörung zu einer körperlichen Auseinandersetzung mit der Ex-Freundin gekommen sei und der Versicherte ein sedierendes Medikament und Verhaltensanweisungen erhalten habe (BVGer-Akt. 16 Beilage 7 S. 738).

##### **E. 9.6.1.3**

Mit der sozialmedizinischen Fallberatung vom 23. November 2015 berichtete Dr. O.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung über eine zunehmende Stabilisierung der psychischen Symptomatik (BVGer-Akt. 16 Beilage 7 S. 727). Im sozialmedizinischen Gutachten vom 12. Januar 2016 berichtete dieser Arzt, dass sich der Versicherte am 3. Dezember 2015 wieder fachärztlich vorgestellt habe und eine neue Medikation eingeleitet wurde, dass unverändert eine mittelgradige depressive Episode vorliege und aktuell keine Wiederaufnahme einer

C-2297/2022 Seite 19 Arbeitstätigkeit absehbar sei. Es wurde eine Therapieintensivierung durch eine stationäre Rehamassnahme vorgeschlagen (BVGer-Akt. 16 Beilage 7 S. 728 f.).

#### **E. 9.6.1.4**

Im ärztlichen Befundbericht vom 15. März 2016 zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung hat Dr. K. \_\_\_\_\_ insbesondere angegeben, dass seit dem 17. März 2015 eine Arbeitsunfähigkeit wegen einer depressiven Episode mit mangelndem Lebensmut, Antriebsminderung und Schlafstörungen bestehe (BVGer- Akt. 16 Beilage 7 S. 721).

#### **E. 9.6.1.5**

Gemäss der Anlage zum Antrag vom 21. März 2016 auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation habe für die Rehabilitation die depressive Episode im Vordergrund gestanden. Das Dokument enthält auch eine Beschreibung des letzten Arbeitsplatzes des Versicherten (BVGer-Akt. 16 Beilage 7 S. 716 ff.).

#### **E. 9.6.1.6**

In der Anlage zu einem Schreiben vom 4. April 2016 der Krankenkasse P. \_\_\_\_\_ wurden für den Zeitraum vom 17. Juni 2010 bis zum 8. März 2016 die Arten der verschiedenen Behandlungen des Versicherten, auch die Arbeitsunfähigkeiten, sowie die Abkürzungen der jeweiligen Diagnosen angegeben (BVGer-Akt. 16 Beilage 7 S. 741).

#### **E. 9.6.1.7**

Gemäss dem kardiologischen Bericht vom 21. Juni 2021 von Dr. Q. \_\_\_\_\_ sei ein echokardiographischen Normalbefund festgestellt worden. Es sei keine kardiale Therapie erforderlich. In der Anamnese hat der Arzt u.a. eine Belastungsdyspnoe seit über einem Jahr erwähnt sowie eine Gewichtszunahme von über 20 kg seit 2-3 Jahren (BVGer-Akt. 16 Beilage 8 S. 821).

#### **E. 9.6.2**

Dr. R. \_\_\_\_\_ des RAD, Fachärztin für Innere Medizin, und Dr. S. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IVSTA, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welche den medizinischen Sachverhalt einer neuen Prüfung unterzogen haben, hielten in ihren Stellungnahmen vom 10. Februar bzw. 2. März 2023 an den früheren Beurteilungen des medizinischen Dienstes der IVSTA fest. Die neu eingereichten Berichte hätten keine neuen verwertbaren objektive Befunde geliefert (BVGer- Akt. 20 Beilage 1 und 5).

C-2297/2022 Seite 20

#### **E. 9.6.3**

Am 12. Juli 2023 reichte der Beschwerdeführer noch folgende neue medizinische Dokumente ein:

##### **E. 9.6.3.1**

und 9.6.3.2), den Medikationsplan vom 22. Juni 2023 von Dr. K. \_\_\_\_\_ sowie den endgültigen Entlassungsbericht vom 21. Juli 2023 der Klinik V. \_\_\_\_\_ (E. 9.6.5.1 und 9.6.5.2). Diese Dokumente wurden über ein Jahr nach der angefochtenen Verfügung vom 12. April 2022 verfasst und beziehen sich zudem auf den Zeitpunkt der Untersuchung bzw. der Berichterstattung. Sie können trotzdem vorliegend berücksichtigt werden, da sie gemäss der RAD-Ärztin für den für die gerichtliche Beurteilung massgebenden Zeitpunkt bis zum Verfügungserlass Rückschlüsse in Bezug auf die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) zulassen, an welcher der Versicherte erkrankt war. Unklar ist, ob und in welchem Ausmass auch die erst am 16. Juni 2023 ärztlich festgestellte und operativ behandelte

koronare Zweigefässerkrankung bereits noch in der vorliegend zu beurteilende Zeitperiode funktionelle Auswirkungen respektive Einschränkungen gezeitigt hat.

#### **E. 9.6.3.2**

Am 29. Juni 2023 suchte der Versicherte die Notaufnahme des T.\_\_\_\_\_ Klinikums auf. Gleichentags wurde im Entlassbrief aufgeführt, dass er in der Nacht eine Panikattacke, mit Angstgefühlen und Luftnot, gehabt habe. Nach Ausschluss verschiedener Gesundheitsschäden wurde der Versicherte zur ambulanten Weiterbetreuung, gegebenenfalls mit psychosomatischer Vorstellung, entlassen (BVGer-Akt. 22 Beilage 11).

#### **E. 9.6.4**

Gestützt auf diese neuen Informationen hat Dr. R.\_\_\_\_\_ des RAD den medizinischen Sachverhalt mit ihrer Stellungnahme vom 1. September 2023 neu gewürdigt (BVGer-Akt. 30 Beilage 3).

C-2297/2022 Seite 21 Sie stellte folgende Diagnosen: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – Koronare Zweigefässerkrankung, Juni 2023 (ICD-10: I25) • mit RCA (rechte Coronararterie) Verschluss proximal chronisch 100%, über LCA (linke Coronararterie) und RCA kollateralisiert, CX (Arteria circumflexa) medial unscharf exzentrisch 90% bei diffuser CAS • Status nach PTCA (Perkutane transluminale Koronarangioplastie) der CX Stenose mit 1 DES-Implantation am 16. Juni 2013 • EF 42%, inferolaterale Hypokinesie, Juni 2023 – COPD ED im Stadium Gold (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) 3A (ICD-10: J44) • ES ev 2021 • Emphysem • Nikotin bis Januar 2022, 45py (pack year – Packungsjahr). Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4) – Hashimoto Thyreoiditis, substituiert, Juni 2023 – Status nach Diskushernienoperation C4/5 am 23. Juli 2013 • Remission der neurologischen Symptome am 29. August 2013 – Reflux-Ösophagitis, Antrumgastritis, Bulbitis, Helicobacter pylori positiv am 15. August 2018 – Status nach einem Autounfall im Jahre 2012 • nachfolgend Nacken- und Schulterschmerzen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Versicherten führte die RAD-Ärztin aus, dass seit dem 21. Juni 2021, gestützt auf den Bericht von Dr. Q.\_\_\_\_\_, eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe, vom 20. Juni bis zum 20. September 2023 (3-monatige Rehabilitationszeit seit dem Herzinfarkt) eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit auch in einer Verweistätigkeit und ab dem 21. September 2023 wiederum eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Dr. R.\_\_\_\_\_ erklärte, dass der Versicherte mit der symptomatischen Herzerkrankung eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes erlitten habe. Es bestehe eine mittelschwere Einschränkung der Herzfunktion. Die schwere angestammte Tätigkeit sei seit dem 15. Juni 2023 aus kardialen Gründen nicht mehr möglich. Eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit in ausgeglichenem Raumklima, mit nicht erheblichem Stress und ohne Nacharbeit sei aber noch zumutbar. Sofern zudem tatsächlich ein COPD Gold Stadium 3A mit Emphysem

C-2297/2022 Seite 22 vorliegen würde – die Ärztin führte dazu Vorbehalte an, weil keine Spirometrie vorlag – komme dies einer schweren Einschränkung der Lungenfunktion gleich und es sei nur noch das Ausüben einer leichten Tätigkeit möglich, vorwiegend sitzend mit Positionswechsel nach Bedarf. Es wäre davon auszugehen, dass eine COPD bereits im Juni 2021 vorgelegen habe, weil damals eine Anstrengungsatemnot berichtet wurde. Es hätte sich wohl – mangels einer tradierten Spirometrie – um ein Stadium 2 gehandelt, welches

das Ausüben einer schweren körperlichen Tätigkeit ausgeschlossen habe (Stellungnahme vom 1. September 2023; BVGer- Akt. 30 Beilage 3). Im Anhang I zur Stellungnahme hat die RAD-Ärztin die funktionellen Einschränkungen präzisiert (vgl. BVGer-Akt. 30 Beilage 4).

#### **E. 9.6.5**

Am 30. August 2023 reichte der Beschwerdeführer noch folgende neue medizinische Dokumente ein:

##### **E. 9.6.5.1**

Ein Medikationsplan, welcher am 22. Juni 2023 von Dr. K. \_\_\_\_\_ ausgedruckt wurde (BVGer-Akt. 24 Beilage 13).

##### **E. 9.6.5.2**

Nach der interventionellen Versorgung vom 16. Juni 2023 des Myocardinfarktes hielt sich der Versicherte vom 5. Juli bis zum 22. Juli 2023 zur stationären Rehabilitation in der Klinik V. \_\_\_\_\_ auf. Gemäss dem endgültigen Entlassungsbericht vom 21. Juli 2023, der von Dr. U. \_\_\_\_\_ unterschrieben wurde, wurden verschiedene Abklärungen vorgenommen. Der Versicherte habe zudem motiviert und engagiert an einem mehrdimensionalen Rehabilitationsprogramm teilgenommen. Der Arzt erwähnte als Diagnosen 1. eine koronare Zweigefässerkrankung mit NSTEMI am 15. Juni 2023, 2. eine perkutane koronare Intervention (PCI) und DES RCX, 3. eine COPD Stadium II-III nach Gold, 4. eine arterielle Hypertonie und 5. eine Aortenklappensklerose mit erstgradigem Reflux. Aufgrund der langjährigen obstruktiven Atemwegserkrankung sei eine Erwerbstätigkeit nicht vorstellbar (BVGer-Akt. 24 Beilage 12).

#### **E. 9.6.6**

Nach Würdigung dieser neuer Unterlagen führte Dr. R. \_\_\_\_\_ des RAD in ihrer Stellungnahme vom 18. September 2023 aus, dass gemäss der Herz-Auswurfsfraktion und der Lungenfunktion mässige Einschränkungen vorliegen würden und die diagnostizierte COPD im Stadium II-III besser sei als das Stadium III, das von dem T. \_\_\_\_\_ Klinikum wiedergegeben wurde. Sie bestätigte im Übrigen ihre Einschätzung, wonach der Versicherte seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr nachgehen könne und nur noch eine sehr leichte, vorwiegend sitzende und ruhige Tätigkeit ausführen könne. Da er angegeben habe,

C-2297/2022 Seite 23 wegen der wassertreibenden Mittel Urin zu verlieren, solle zudem eine Toilette in der Nähe des Arbeitsplatzes stehen (BVGer-Akt. 30 Beilage 2).

#### **E. 10.1**

Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers stützte sich die IVSTA auf die Bewertungen seines medizinischen Dienstes und des RAD (vgl. E. 9.2, 9.5, 9.6.2 und 9.6.4). Konkret hat sie sich in der Verfügung vom 12. April 2022, in der sie ausführte, dass weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, auf die Stellungnahmen der Dr. H. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ vom 2. September und 9. November 2021 bezogen. In der letzten ergänzenden Stellungnahme vom 9. November 2023, in welcher die IVSTA festhielt, dass ab dem 21. Juni 2021 eine Erwerbseinbusse von 7.31%, ab dem 20. Juni 2023 eine solche von 100% und ab dem 21. September 2023 wiederum eine Einbusse von 7.31% bestehe, stützte sie sich auf die Schlussfolgerungen der

Stellungnahmen vom 1. und 18. September 2023 von Dr. R.\_\_\_\_\_.

## **E. 10.2**

Die Ärzte des medizinischen Dienstes der IVSTA sowie des RAD haben den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen.

### **E. 10.3.1**

Nach der Rechtsprechung ist es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden.

### **E. 10.3.2**

Die Stellungnahmen des RAD, 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\_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 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

C-2297/2022 Seite 24 Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweisen; 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).

### **E. 10.3.3**

An die Beweiswürdigung solcher Stellungnahmen des RAD sind 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 (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). 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. 10.4**

Wie nachfolgend dargelegt wird, genügen die Abklärungen des Sachverhalts und die Beurteilungen des medizinischen Dienstes der IVSTA und des RAD diesen Beweisanforderungen der Rechtsprechung nicht.

### **E. 10.5.1**

Angesichts dessen, dass die umstrittene Verfügung am 12. April 2022 erging, fällt auf, dass die Unterlagen, auf die sich die Ärzte der IVSTA stützten, zum Zeitpunkt des Erlasses der

Verfügung äusserst lückenhaft waren. Dr. H.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ hatten im Nachgang zu den Schreiben vom 4. März und 27. Juli 2021 an die Deutsche Rentenversicherung offensichtlich darauf verzichtet, beweiskräftige medizinische Berichte über den aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten zu erhalten, obwohl diese mit der Erstellung von aktuellen Untersuchungsberichten beauftragt worden war (vgl. E. 9.2 oben).

#### **E. 10.5.2**

Zwar würdigten die Ärzte der Vorinstanz in ihren Stellungnahmen vom 2. September und 9. November 2021 die medizinischen Berichte in Bezug auf die zervikale Diskushernie (Segment C4/5), an welcher der Versicherte primär litt und welche am 23. Juli 2013 erfolgreich operiert worden war (vgl. oben E. 9.1.1 und 9.3.1), ebenso den Reha-C-2297/2022 Seite 25 Entlassungsbericht vom 15. Juli 2016, welcher eine sozialmedizinische Beurteilung aus psychotherapeutischer und orthopädischer Sicht enthielt (vgl. E. 9.1.3), sowie die verschiedenen Berichte des Praxiszentrums D.\_\_\_\_\_ für Neurologie-Psychiatrie-Psychotherapie (vgl. E. 9.1.2, 9.1.4, 9.1.6, 9.3.2). Letztere gaben Auskunft über die mittelgradige, respektive schwere depressive Episode, an welcher der Versicherte erkrankt war und die seit dem 17. März 2015 eine Arbeitsunfähigkeit begründete. Der letzte Bericht dieser Praxis stammte vom 3. November 2017 (vgl. E. 9.3.2). Diese Berichte, welche mithin mehr als 4 Jahre vor der umstrittenen Verfügung ausgestellt worden waren, erlaubten über eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten hinaus jedoch keine Rückschlüsse auf den im Zeitpunkt des Verfügungserlasses bestehenden Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

#### **E. 10.5.3**

Die Resultate von verschiedenen medizinischen Abklärungen, die 2018 vorgenommen wurden (vgl. E. 9.3.3), konnten über Beschwerden, die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlagen, ebenfalls keine Auskünfte enthalten.

#### **E. 10.5.4**

Als neusten Bericht lag den Ärzten der Vorinstanz vorerst der Befundbericht vom 14. Juli 2021 des Hausarztes und Allgemeinmediziners Dr. K.\_\_\_\_\_ vor (vgl. E. 9.3.4). Dieser ist jedoch äussert knapp abgefasst und enthält vor allem Angaben über die bereits bekannten Diagnosen: eine schwere depressive Episode - zurzeit remittiert - , einen Verdacht auf eine Bipolare-II-Störung, einen Zustand nach Bandscheinvorfall und Osteochondrose im Segment C4/C5 mit Myelopathie, Angaben über deren Behandlung mit Psychotherapie und neurologische Mitbehandlung, welche während des Reha-Aufenthalts vom 9. Juni bis 7. Juli 2016 erfolgte, sowie die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe (vgl. Ziff. 2 bis 6 des Formulars). Betreffend den aktuellen Befund (vgl. Ziff. 7 des Formulars) hat Dr. K.\_\_\_\_\_ lediglich vermerkt, «Car»(diologisch) und «Pulmo»(nal) «o.B.», «Abdomen weich», und darauf hingewiesen, dass aktuell Abklärungen wegen einer Belastungsdyspnoe und Bauchschmerzen vorgenommen wurden und ein kardiologischer und neurologischer Befund ausstehe (Ziff. 2 und 8 des Formulars). Dieser Bericht des Hausarztes enthielt somit keine umfassende Darstellung der gesundheitlichen Beschwerden, an denen der Versicherte zeitnah zur angefochtenen Verfügung litt, oder gar eine Beschreibung ihrer möglichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Facharzt für Allgemeinmedizin verfügt

C-2297/2022 Seite 26 Dr. K. \_\_\_\_\_ im Übrigen nicht über die medizinische Qualifikation, um zu den psychischen Beschwerden des Versicherten beweistauglich Stellung nehmen zu können. Sein Bericht lässt sodann auch keine verwertbaren Schlussfolgerungen bezüglich der Entwicklung des Gesundheitszustandes und den Verlauf der Arbeitsfähigkeiten des Versicherten seit den früheren medizinischen Berichten zu, die mehrere Jahre zurückliegen. Im Sinne der zitierten Rechtsprechung hat dieser Bericht deshalb keine Beweiskraft.

#### **E. 10.5.5**

Als neue Information befand sich im Dossier der IVSTA noch die Bemerkung vom 22. Juli 2021 von Dr. L. \_\_\_\_\_ der Deutschen Rentenversicherung, wonach keine Behandlung bei einem Psychiater stattfinde (vgl. E. 9.3.5). Zu Recht haben die Ärzte des RAD dieser Bemerkung jedoch keinen Wert beigemessen. Sie wurde sodann auch nicht gewürdigt. Tatsächlich hat das Bundesgericht bezüglich der Therapierbarkeit von leichten- bis mittelschweren depressiven Störungen rezidivierender oder episodischer Natur bemerkt, dass das Folgen einer Therapie zwar ein Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit für den Schweregrad der psychiatrischen Störung darstellen kann, dass aber die Therapierbarkeit keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext zu liefern vermag (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.4). Somit kann aus der Tatsache, dass der Versicherte 2021 keiner Behandlung bei einem Psychiater nachging, nicht ohne Weiteres geschlossen werden, dass keine Invalidität vorliegt. Deshalb enthielt auch diese Bemerkung von 22. Juli 2021 keine beweistauglichen Angaben über den aktuellen (psychischen) Gesundheitszustand des Versicherten.

#### **E. 10.5.6**

Insgesamt war somit die Abklärung des medizinischen Sachverhalts, als die Vorinstanz die angefochtene Verfügung erliess, gänzlich ungenügend, weil keine vollständigen Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten vorlagen. Entgegen der Vorbringen der Vorinstanz erlaubten die eingeholten Arztberichte keineswegs ein schlüssiges und nachvollziehbares Bild der geklagten Leiden und sie bilden deshalb auch keine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung der Entwicklung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeiten des Beschwerdeführers während des massgebenden Zeitraums bis zur Verfügung vom 12. April 2022. Die Ärzte des medizinischen Dienstes beziehungsweise die Vorinstanz haben dies unbeachtet gelassen und keine weiteren Abklärungen veranlasst, wozu sie aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes verpflichtet gewesen wären. Aus somatischer Sicht hätten sie zumindest, wie von Dr. H. \_\_\_\_\_ zunächst beantragt

C-2297/2022 Seite 27 (vgl. E. 9.2), auf das Einreichen eines vollständigen medizinischen Berichts über den aktuellen Gesundheitszustand (E 213) sowie, aufgrund der Vorgeschichte, auf eine orthopädische Untersuchung bestehen müssen. Auch bezüglich der Einschränkungen, die im Reha-Entlassungsbericht aus orthopädischer Sicht aufgeführt worden sind, wäre Stellung zu nehmen gewesen, und die ausstehenden kardiologischen und neurologischen Befundberichte, die von Dr. K. \_\_\_\_\_ erwähnt wurden, hätten einverlangt werden sollen. Aufgrund der angeführten Belastungsdyspnoe erschien des Weiteren der Beizug eines Berichts eines Pneumologen geboten, da eine Belastungsdyspnoe Ausdruck einer Herz- oder Lungenerkrankung sein kann. Wegen der psychiatrischen Vorgeschichte

hätte für eine Gesamtbeurteilung auch ein psychiatrischer Bericht einverlangt werden müssen, wie dies Dr. H.\_\_\_\_\_ zuerst verlangt hatte (vgl. E. 9.2). Die Tatsache alleine, dass der Versicherte 2021 keiner psychiatrischer Behandlung nachging, ist wie bereits ausgeführt nicht genügend, um das Vorliegen einer relevanten psychiatrischen Erkrankung auszuschliessen (vgl. E. 10.5.5.).

#### **E. 10.6.1**

Im vorliegenden Verfahren hat der Beschwerdeführer neue Arztberichte eingereicht. Aus nachfolgenden Gründen erlauben aber auch diese keine vollständige und rechtsgenügeliche Darstellung des relevanten medizinischen Sachverhalts.

#### **E. 10.6.2**

Die meisten Dokumente aus der Rentenakte der Deutschen Rentenversicherung sind älteren Datums (vgl. E 9.6.1.1 bis 9.6.1.6). Obwohl sie zusätzliche Informationen über die bereits bekannten Leiden liefern, enthalten sie keine Angaben über den Gesundheitszustand des Versicherten zeitnah zur umstrittenen Verfügung.

#### **E. 10.6.3.1**

Der kardiologische Bericht vom 21. Juni 2021 von Dr. Q.\_\_\_\_\_ steht zeitnah zur Verfügung und konnte somit Auskunft über den Gesundheitszustand des Versicherten im Zeitpunkt des Verfügungserlasses enthalten (vgl. E. 9.6.1.7). Dr. R.\_\_\_\_\_ vom RAD hat diesem denn auch in ihrer Stellungnahme vom 1. September 2023 (E. 9.6.4) Gewicht beigemessen, weil der Kardiologe, wie bereits der Hausarzt in seinem Bericht vom 14. Juli 2021, eine Belastungsdyspnoe erwähnte.

C-2297/2022 Seite 28

#### **E. 10.6.3.2**

Dr. R.\_\_\_\_\_ würdigte in ihren Stellungnahmen vom 1. und 18. September 2023 noch den vorläufigen Entlassbrief vom 20. Juni 2023 und den Entlassbrief vom 29. Juni 2023 des T.\_\_\_\_\_ Klinikums (E.

#### **E. 10.6.3.3**

Gestützt auf den erwähnten Bericht von Dr. Q.\_\_\_\_\_, die Entlassbriefe des T.\_\_\_\_\_ Klinikums und den Entlassungsbericht der Klinik V.\_\_\_\_\_, welche eine COPD im Stadium III bzw. II-III bestätigten, folgerte die RAD-Ärztin, dass eine COPD bereits im Juni 2021 vorgelegen habe, als zum ersten Mal eine Anstrengungsatemnot im kardiologischen Bericht von Dr. Q.\_\_\_\_\_ erwähnt wurde. Es hätte sich dabei wohl um ein Stadium 2 gehandelt, welches das Ausüben einer schweren körperlichen Tätigkeit ausschloss. Dr. R.\_\_\_\_\_ hat deshalb ab dem 21. Juni 2021 auf eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit geschlossen; der Versicherte könne keine schwere körperliche Tätigkeit mehr ausüben (E. 9.6.4 und 9.6.6). Die Ärztin hat diesbezüglich in ihrer Stellungnahme vom 1. September 2023 aber auch Vorbehalte geäußert, weil ihr weder für 2021 noch für 2023 Resultate einer Spirometrie vorlagen. So sei die Aussagekraft des Kardiologen betreffend die Anstrengungsatemnot geschmälert, weil der Versicherte ebenfalls eine Gewichtszunahme von 20 kg geäußert habe und eine erhöhte Atemarbeit aufgrund einer Adipositas sehr häufig mit einer Atemnot, beziehungsweise einer Dyspnoe verwechselt werde, Übergewicht jedoch mit Auftrainieren wieder wettgemacht werden könne und keine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehe. Zudem

könne, mangels einer Spirometrie, über das Stadium der COPD, das 2021 vorlag, nur «philosophiert» werden (BVGer-Akt. 30 Beilage 4). Diese Vorbehalte der RAD-Ärztin stellen daher ihre

C-2297/2022 Seite 29 Schlussfolgerungen bezüglich der COPD und deren Einschränkungen in Frage und die Vornahme von vertiefenden medizinischen Abklärungen hätte sich gemäss der Rechtsprechung aufgedrängt. Es hätte ein Bericht eines Lungenfacharztes eingeholt werden müssen, der nach Beurteilung der Akten und Untersuchung des Versicherten zu den Vorbehalten hätte Stellung nehmen können.

#### **E. 10.6.3.4**

Weiter wäre es aufgrund der Zweigefässerkrankung, an welcher der Versicherte zudem leidet, angezeigt gewesen, einen Bericht eines Kardiologen beizuziehen, um rechtsgenügend abzuklären, ob auch diesbezüglich funktionelle Einschränkungen im zu beurteilenden Zeitraum vorlagen.

#### **E. 10.6.4**

Zusätzliche Dokumente, welche die zuvor festgestellten Lücken bezüglich des Gesundheitszustandes des Versicherten auf somatischer und psychiatrischer Ebene hätten zu schliessen vermögen, wurden nicht eingereicht. Es ergibt sich somit, dass auch die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen keine genügende Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeiten des Beschwerdeführers für den massgebenden Zeitraum bilden.

#### **E. 10.7.1**

Es fällt schliesslich auf, dass die Ärzte des medizinischen Dienstes der IVSTA und des RAD auch keine retrospektive Würdigung des psychiatrischen Gesundheitszustandes des Versicherten und seiner Arbeitsfähigkeiten vorgenommen haben.

#### **E. 10.7.2**

Was eine solche retrospektive Beurteilungen der Arbeits(un)fähigkeit angeht, so sind diese rechtsprechungsgemäss schwierig und entsprechende Begutachtungen sollten deshalb erhöhten Ansprüchen genügen. Die Gutachterin bzw. der Gutachter hat – soweit nötig – hierbei alle Informationsquellen zu berücksichtigen, die zur Verfügung stehen, wie die Krankengeschichten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, ausführliche Patienten-, Fremd- und Sozialanamnesen und die vollständigen Akten der involvierten Sozialversicherer und Behörden (vgl. Urteil des EVG I 200/03 vom 26. Juli 2004 E. 4.5).

#### **E. 10.7.3**

Vorliegend kann den verschiedenen älteren medizinischen Berichten entnommen werden, dass der Versicherte wegen einer depressiven Episode ab dem 17. März 2015 arbeitsunfähig war

C-2297/2022 Seite 30 (vgl. Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 15. März 2015 und Bericht von Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 25. März 2015). Obwohl am 23. November 2015 eine zunehmende Stabilisierung der psychischen Symptomatik beschrieben wurde (vgl. sozialmedizinische Fallberatung durch Dr. O. \_\_\_\_\_), nahm der Versicherte am 3. Dezember 2015 eine psychiatrische Behandlung auf und eine mittelgradige depressive Episode wurde diagnostiziert (vgl. Bericht vom 7. Januar 2016). Am 12. Januar 2016 war die Wiederaufnahme einer Tätigkeit nicht absehbar und eine Therapieintensivierung durch eine stationäre

Rehamassnahme wurde vorgeschlagen (vgl. sozialmedizinisches Gutachten von Dr. O.\_\_\_\_\_, E. 9.6.1.3; vgl. auch die Arbeitsunfähigkeit vom 17. März 2015 bis 8. März 2016 gemäss Anlage zum Schreiben vom 4. April 2016 der Krankenkasse, E. 9.6.1.6 oben). Auch am 7. Juli 2016, nach einmonatigem Reha- Aufenthalt, war der Versicherte aufgrund seiner geringen emotionalen Belastbarkeit und der bestehenden ausgeprägten depressiven Symptomatik vorübergehend arbeitsunfähig (vgl. Reha-Entlassungsbericht vom 15. Juli 2016, oben E. 9.1.3). Am 30. August 2016 wurde bei Bestehen einer mittelschweren bis schweren depressiven Symptomatik weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit bestätigt (vgl. Zwischenbericht des Praxiszentrums D.\_\_\_\_\_, vom 31. Juli 2017, E. 9.1.4 oben) und am 31. Dezember 2016 war der Beschwerdeführer aufgrund einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome bis auf Weiteres arbeitsunfähig; gleichzeitig bezog er jedoch auch Arbeitslosengelder (Hartz IV gemäss Zwischenbericht des Praxiszentrum D.\_\_\_\_\_. Am 31. Juli 2017 wurde angegeben, dass bis Ende Mai keine Verbesserung des psychischen Befindens stattgefunden habe und als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, zurzeit remittiert, und ein Verdacht auf eine Bipolar-II-Störung mit hypomaner Nachschwankung angegeben. Zudem wurde wiederum eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Zwischenbericht vom 31. Juli 2017), genauso am 15. August mit einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gültig bis zum 29. August 2017 (vgl. oben E. 9.1.6). Im letzten psychiatrischen Zwischenbericht vom 3. November 2017 (vgl. oben E. 9.3.2) wurden die zuletzt genannten Diagnosen bestätigt, jedoch keine Angaben zur Arbeitsunfähigkeit gemacht. Eine Rente sei zwischenzeitlich bewilligt worden (vgl. Rentenbescheid vom 10. Oktober 2017; IV-Akt. 104 S. 4).

#### **E. 10.7.4**

Gemäss dieser medizinischen Aktenlage begründete somit die depressive Episode, an welcher der Versicherte litt, seit dem 17. März 2015 eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit. Dem Beschwerdeführer, welcher vorbrachte, dass eine langjährige psychische Erkrankung bestehe, kann

C-2297/2022 Seite 31 insofern gefolgt werden. Die einjährige Frist nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG war im März 2016 abgelaufen, sofern während dieses Jahres ohne Unterbruch durchschnittlich mindestens eine 40%-ige Arbeitsunfähigkeit vorlag. Des Weiteren konnte in Anbetracht der Tatsache, dass der Versicherte seinen Antrag auf eine Invalidenrente am 31. März 2016 stellte (IV-Akt. 20 S. 9), am 1. September 2016, nach der sechsmonatigen Frist nach Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. auch Art. 29 Abs. 3 IVG) ein Rentenanspruch entstehen, sofern der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt mindestens 40% invalid war (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. c IVG). Die IVSTA- und RAD-Ärzte hätten deshalb zu den aufgeführten Arbeitsunfähigkeiten des Versicherten Stellung nehmen müssen und haben dies zu Unrecht versäumt. Auch aus diesem Grund waren die Beurteilungen des medizinischen Sachverhalts ungenügend. Als Dr. M.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IVSTA die psychiatrischen Berichte am 9. November 2021 würdigte, hatte er lediglich den Sachverhalt, wie er gemäss dem letzten psychiatrischen Bericht vom 3. November 2017 vorlag, beurteilt und festgestellt, dass die depressive Episode spätestens seit dem 3. November 2017 remittiert gewesen sei und aus psychiatrischer Sicht keine psychiatrische Diagnose, keine psychiatrisch begründeten funktionellen Einschränkungen und keine Arbeitsunfähigkeit mehr verblieben seien. Aktuellere Berichte über den psychischen Gesundheitszustand lagen nicht vor, weshalb auch nicht rechtsgenügend erwiesen ist, dass seit dem 3. November 2017 tatsächlich keine relevante psychiatrische Erkrankung mehr

vorlag (vgl. auch oben E. 10.5.6) und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

### **E. 10.8**

Zusammenfassend steht somit einerseits fest, dass die Ärzte der IVSTA und des RAD den medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt und gewürdigt haben (fehlende Abklärung des Gesundheitszustandes in Zeitnähe zur Verfügung und deren Entwicklung seit den früheren Berichten sowie fehlende retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht). Es fehlt sodann auch eine Gesamtbeurteilung aller (orthopädischen, kardialen, pulmonalen und psychiatrischen) Beschwerden des Versicherten und deren Entwicklungen und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeiten ist dementsprechend nicht möglich. Das Gericht kann die Stellungnahmen und Schlussfolgerungen der IVSTA- und RAD-Ärzte, auf welche sich die Vorinstanz stützte, nicht bestätigen.

C-2297/2022 Seite 32 Andererseits kann den Akten entnommen werden, dass die Beschwerden des Versicherten dessen Arbeitsfähigkeit während des massgebenden Zeitraums bis zur angefochtenen Verfügung vom 12. April 2022 eingeschränkt haben. So bestand seit dem 17. März 2015 eine lang-dauernde Arbeitsunfähigkeit infolge einer depressiven Episode, welche grundsätzlich geeignet war, seit dem 1. September 2016 einen Anspruch auf eine Invalidenrente zu eröffnen, nachdem das Rentengesuch am 31. März 2016 gestellt worden ist. Ob später allenfalls eine (vorübergehende) Verbesserung des Gesundheitszustandes aus psychiatrischer Sicht eingetreten ist, steht aufgrund der lückenhaften Aktenlage nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest. Zudem hat die RAD-Ärztin anerkannt, dass seit dem 21. Juni 2021 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestand und der Versicherte keine körperlich schwere Arbeit mehr ausüben konnte. Diese spätere Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund einer COPD erscheint jedenfalls ausgewiesen.

### **E. 11.1**

Die Angelegenheit des Beschwerdeführers müsste grundsätzlich an die Vorinstanz zur Vornahme von weiteren medizinischen Abklärungen im Sinne von Art. 61 Abs. 1 VwVG zurückgewiesen werden (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). In Anbetracht der verschiedenen Gesundheitsbeschwerden, an denen der Versicherte litt, wäre eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung in der Schweiz angebracht. Die Rückweisung erweist sich in der konkreten Situation aber nicht als angezeigt, da der Beschwerdeführer, welcher am (...) 1958 geboren ist, seit dem 1. Juni 2023 eine schweizerische Altersrente bezieht (Mitteilung vom 4. Juli 2023; BVGer- Akt. 22 Beilage 9) und zurzeit bereits 67 Jahre alt ist.

### **E. 11.2**

Obwohl die versicherte Person, die über eine Restarbeitsfähigkeit verfügt, allgemein verpflichtet ist, sich aus eigener Initiative, nötigenfalls mittels eines Berufswechsels, in den Arbeitsmarkt zu integrieren – es wird von einer Pflicht zur Selbsteingliederung gesprochen – sieht die Rechtsprechung Ausnahmen vor. So wird anerkannt, dass das (vorgerückte) Alter zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die verbleibende Restarbeitsfähigkeit einer versicherten Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischlicherweise nicht mehr nachgefragt wird. Massgebend sind die Umstände des konkreten Falles, etwa die Art

C-2297/2022 Seite 33 und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich (BGE 145 V 2 E. 5.3.1; 138 V 457 E. 3.1). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 145 V 2 E. 5.3.1; 138 V 457 E. 3.3; Urteil des BGer 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 3.2; vgl. dazu: MARCO WEISS, Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund vorgerückten Alters - Rechtsprechungstendenzen, SZS 2018 S. 630). Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass wenn über die Befristung und/oder Abstufung zeitgleich mit der Rentenzusprache befunden wird, bei Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente von über 55-jährigen Versicherten grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind, bis die betroffene Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (BGE 148 V 321 E. 7.1.2; 145 V 209 E. 5.4). Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 148 V 321 E. 7.1.2; 145 V 209 E. 5.1 mit Hinweisen). Die Aufhebung einer bisherigen Rente kann nach dem Gesagten in Fällen der nicht zumutbaren Selbsteingliederung erst nach der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen erfolgen (BGE 148 V 321 E. 7.1.3). Für die Ermittlung, ob der Eckwert des 55. Altersjahres erreicht ist, wird bei rückwirkend befristeter und/oder abgestufter Rentenzusprache – gleich wie bei der Revision eines bestehenden Rentenanspruchs nach Art. 17 ATSG (vgl. BGE 141 V 5) – auf den Verfügungszeitpunkt abgestellt (BGE 148 V 321 E. 7.3).

### **E. 11.3.1**

Vorliegend ist vorerst zu bedenken, dass der Versicherte an multiplen Beschwerden leidet. So bestand seit dem 17. März 2015 eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen, welche geeignet war, seit dem 1. September 2016 einen Anspruch auf eine Invalidenrente zu eröffnen. Zusätzlich hat die RAD-Ärztin anerkannt, dass der Beschwerdeführer ab dem 21. Juni 2021 seine übliche Tätigkeit als

C-2297/2022 Seite 34 Schlosser und Schweisser, die körperlich schwer ist, aus somatischen Gründen nicht mehr ausüben konnte. Zudem ist die Eingliederung in eine neue, vorwiegend leichte Arbeit, dadurch erschwert, dass er über keinen erfolgreichen Lehrabschluss verfügt und ausserdem seit seiner Arbeitsunfähigkeit ab dem 17. März 2015 keiner Arbeit mehr nachgegangen ist und somit eine sehr lange Arbeitsabstinenz besteht. Aufgrund des fortgeschrittenen Alters und den Gesundheitsschädigungen des Versicherten ist somit davon auszugehen, dass er bereits am 12. April 2022, als die umstrittene Verfügung gefällt wurde, auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keinen Arbeitgeber mehr hätte finden können, der ihn für eine geeignete, leichte Verweisungstätigkeit eingestellt hätte, und er dazu im Übrigen auch nicht mehr in der Lage gewesen wäre. Zu Unrecht hatte dies die Vorinstanz nicht berücksichtigt.

### **E. 11.3.2**

Des Weiteren müsste zunächst eine multidisziplinäre medizinische Begutachtung in der Schweiz vorgenommen werden, um den Gesundheitszustand des Versicherten und deren Entwicklung und Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit festzustellen. Es ist daher offensichtlich, dass der Versicherte, im Zeitpunkt, in dem, in der Zukunft, seine allfällige Restarbeitsfähigkeit (medizinisch) beweiskräftig feststünde, diese auf dem (ausgeglichenen) Arbeitsmarkt gar nicht mehr verwerten könnte, da er das Rentenalter bereits im Mai 2023 erreicht hatte.

### **E. 11.3.3**

Aus den genannten Gründen ist davon auszugehen, dass der Versicherte seine allfällige Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten kann, sodass die Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz zur Vornahme von zusätzlichen Abklärungen nicht angezeigt erscheint (vgl. Urteile des BGer 9C\_751/2013 vom 6. Mai 2014 E. 4.5; 9C\_940/2012 vom 12. Dezember 2013 E. 5.3; 9C\_427/2010 vom 14. Juli 2010 E. 2.4; Urteile des BVGer C-5525/2020 vom 14. September 2023 E. 9.3; C-1834/2019 vom 10. Februar 2022 E. 8.3; C-5301/2016 vom 26. April 2019 E. 13.2 und Hinweisen).

### **E. 12**

Wenn wie vorliegend festgestellt wird, dass die versicherte Person ihre allfällige Restarbeitsfähigkeit nicht mehr wirtschaftlich verwerten kann, liegt bei erwerbstätigen Versicherten nach der Rechtsprechung eine Vollinvalidität vor (BGE 138 V 457 E. 3.1 und 3.4; vgl. auch Urteile des BGer 9C\_437/2008 vom 19. März 2009 E. 4.3. und 4.4; I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1). Tatsächlich kann bei der Berechnung des Invaliditätsgrades ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns

C-2297/2022 Seite 35 (1. September 2016) kein Invalideneinkommen berücksichtigt werden (vgl. Urteil des BVGer C-3490/2017 vom 12. April 2018 E. 9.9). Eine 100%-ige Invalidität gibt Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. Art. 28 al. 2 IVG). Der frühestmögliche Anspruchsbeginn im Sinne von Art. 28 Abs. 1 und 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt vorliegend auf den 1. September 2016.

### **E. 13**

Die Beschwerde ist damit gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben. Es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. September 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente der schweizerischen Invalidenversicherung hat. Die Akten gehen an die Vorinstanz zur Berechnung der geschuldeten Rente. Dabei wird sie zu prüfen haben, ob für die Rentenansprüche Verzugszinsen geschuldet sind (Art. 26 Abs. 2 ATSG). Sie erlässt danach eine entsprechende Verfügung.

### **E. 14**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

#### **E. 14.1**

Das Beschwerdeverfahren ist grundsätzlich kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden. Der Vorinstanz als Bundesbehörde hat jedoch keine Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Es werden deshalb keine Verfahrenskosten erhoben.

## **E. 14.2**

Der obsiegende, durch Rechtsanwalt Adrian Rufener 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 Vorinstanz. Der subsidiäre Anspruch auf eine Entschädigung aus der mit Zwischenverfügung vom 12. Juli 2022 bewilligten unentgeltlichen Rechtsverbeiständung entfällt (vgl. MARTIN KAYSER/RAHEL ALTMANN, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2. Auflage 2019, Rz. 82 zu Art. 65). Rechtsanwalt Rufener hat keine Kostennote eingereicht. Die Entschädigung ist damit aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE).

C-2297/2022 Seite 36 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. 2'800.- angemessen.

Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite.

C-2297/2022 Seite 37

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