

BVGer C-2716/2012 vom 14. August 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-08-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2716_2012

FR: TAF C-2716/2012 du 14 août 2014

IT: TAF C-2716/2012 del 14 agosto 2014

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IV-Stelle für Versicherte im Ausland, die zu den Vorinstanzen des Bundesverwaltungsgerichts gehört (Art. 33 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Das VwVG findet keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG).

E. 1.3

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 16. April 2012. Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG) Beschwerde erhoben. Durch die Verfügung ist er besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Bosnien-Herzegovina und wohnt auch dort. Die Schweiz hat mit diesem Staat kein Abkommen über die Soziale Sicherheit abgeschlossen, weshalb das Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; im Folgenden: Abkommen über Sozialversicherung) nach wie vor Anwendung findet (vgl. BGE 139 V 263 E. 5.4). Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Abkommen über Sozialversicherung keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach richtet sich vorliegend der Anspruch des

Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung nach dem schweizerischen Recht, insbesondere dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201), des ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179).

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Es finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung in Kraft standen; Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft gesetzt waren, sind insoweit massgebend, als sie für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Anspruchs von Belang sind. Vorliegend ist grundsätzlich auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Soweit Ansprüche ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen sind, sind in zeitlicher Hinsicht die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV (IV-Revision 6a; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) zu beachten, sofern diese einschlägig sind.

E. 2.3

Nach ständiger Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (vorliegend: 16. April 2012) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Entscheide eingetreten sind, sind im Beschwerdeverfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein.

E. 2.4

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

E. 3.1

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). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme liegt in casu nicht vor. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 3.2

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

E. 3.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.3.1

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2, 1999 KV Nr. 22 E. 3b; AHI 2001 S. 115

E. 3b ee).

E. 3.3.2

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mit zu berücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 bis 4.6).

E. 3.3.3

Im Übrigen ist nicht zwingend erforderlich, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

E. 4.1

Der Beschwerdeführer musste sich am 12. Februar 2009 einer operativen Entfernung eines Kolonkarzinoms und einer anschliessenden chemotherapeutischen Behandlung unterziehen. Gemäss undatiertem Austrittsbericht der Zentralen Spitalklinik von Y._____ wurde er dann am 19. Februar 2009 in gutem Allgemeinzustand entlassen (act. 39). Das Bundesinstitut für Alters- und Invalidenversicherung Z._____ stellte beim Beschwerdeführer am 15. Mai 2009 eine Invalidität ersten Grades fest. Als Hauptdiagnose führte es den ICD-Code C18 und somit das Kolonkarzinom auf. Es führte ferner aus, es dürfe nicht erwartet werden, dass die Arbeitsfähigkeit mit medizinischen Massnahmen wiederhergestellt werden könne (Bericht vom 15. Mai 2009; act. 42).

E. 4.2

Dr. B._____ vom Interventionszentrum für Gastroenterologie in Y._____ hielt sodann in seinem Untersuchungsbericht vom 10. November 2009 fest, dass sich Dickdarmpolypen bilden würden (act. 43). Dr. G._____ des Kantonalen Spitals in X._____ führte in seinem Bericht vom 5. August 2011 die seit zwanzig Jahren bestehenden Afterfisteln auf (act. 44).

E. 4.3

Dr. H._____, Fachrichtung Onkologie und Hämatologie, des internen medizinischen Dienstes stellte gestützt auf diese medizinischen Unterlagen in ihrer ärztlichen Stellungnahme vom 22. November 2011 fest (act. 48), aus medizinischer Sicht sei die am 12. Februar 2009 erfolgte operative Entfernung eines Karzinoms am Colon (Grimmdarm) mit anschliessender chemotherapeutischer Behandlung zu berücksichtigen. Aus den nachfolgenden Arztberichten ergebe sich eine vollständige Remission. Die (in weiteren medizinischen Berichten) erwähnten Analfisteln seien seit langem bekannt, hätten keinen Zusammenhang mit dem Kolontumor und bewirkten keine funktionellen Einschränkungen. Sie attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 12. Februar 2009 und 50% ab 1. Januar 2010 in der angestammten Tätigkeit sowie 100% ab 12. Februar 2009 und 0% ab 1. Januar 2010 in einer Verweisungstätigkeit.

E. 5

Der Beschwerdeführer war nach ergangenem Vorbescheid vom 19. Dezember 2011 vom 24. Januar bis 1. Februar 2012 im Krankenhaus N._____ erneut stationär hospitalisiert. Mit Schreiben vom 2. Februar 2012 teilte er der Vorinstanz mit, dass er seit 12. Februar 2009 dauerhaft zu 100% arbeitsunfähig sei. Mit diesem Schreiben reichte er zahlreiche neue Arztberichte ein, worauf die Vorinstanz das Dossier erneut dem medizinischen Dienst zu einer Stellungnahme unterbreitete (act. 56-71). Dr. H._____ hielt am 12. April 2012 fest, dass die eingereichten Arztberichte keine neuen Elemente enthielten, die eine Neubeurteilung der medizinischen Situation rechtfertigten. Die moderaten visuellen Einschränkungen, die auf eine Orbitafraktur im Jahre 2001 zurückzuführen seien, hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Analfisteln seien seit langem bekannt und ohne gravierende Auswirkungen. Die Diagnose einer retroaktiven depressiven Störung (F 33.1) sei anlässlich einer einzigen psychiatrischen Konsultation vom 26. Januar 2012 attestiert worden. Der Beschwerdeführer sei vorher nie in psychiatrischer Behandlung gestanden. Im Weiteren habe die Kolonoskopie vom 26. Januar 2012 die Remission des Kolonkarzinoms bestätigt (act. 73). Diese medizinische Beurteilung der IV-internen Ärztin vermag indessen aus den nachfolgenden Gründen nicht zu überzeugen.

E. 5.1

Im Arztbericht vom 24. Januar 2012 (act. 70) wird als Eingangsdiagnose vermerkt "C18 [ICD-10: bösartige Neubildung des Kolons] - neuer bösartiger Tumor im Grimmdarm. Die Beurteilung von Dr. H._____, dass die Krebserkrankung weiterhin remittierend sei, kann angesichts dieser Diagnosestellung nicht nachvollzogen werden, zumal das Resultat aus der Prüfung von Gewebeproben auf ihre Malignität hin nach der Feststellung von mehreren Darmpolypen zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht feststand (vgl. Bericht vom 1. Februar 2012, act. 64).

E. 5.2

Bereits in der Vergangenheit wurde ein Zervikal- und Lumbalsyndrom (mit degenerativen Veränderungen in den Bereichen L3 bis S1 (act. 27/21, 27/20; 27/18, 27/16, 57/4) diagnostiziert sowie ein Status nach operativem Eingriff an der Wirbelsäule, Lumbotomie links beschrieben (act. 37). In den neueren medizinischen Berichten des Krankenhauses N._____ vom 20. Januar 2012, 1. Februar 2012 und weiterem undatiertem Bericht aus dem Spitalaufenthalt vom 24. Januar bis 1. Februar 2012 wird diese Diagnose bestätigt (57/10=59, 57/2=64, 57/1=58). Zu diesem Leiden, das je nach Schwere ohne Weiteres Einfluss auf die Ausübung auch einer leichten Verweisungstätigkeit haben kann, nimmt Dr.

H._____ nicht Stellung.

E. 5.3

Der Beschwerdeführer macht - in Verbindung mit seiner früheren Tätigkeit als Parkettleger, in welcher mit toxischen Substanzen gearbeitet worden sei (vgl. seine Arbeitsplatzbeschreibung in act. 25) - eine toxisch bedingte Polyneuropathie geltend. Diese Krankheit wurde denn auch von den Ärzten des Krankenhauses N._____ in ihren Berichten vom 20. Januar 2012, 1. Februar 2012 und undatiertem Bericht diagnostiziert (act. 57/10, 57/2=64, 57/1=58). Diese Erkrankung, die sich in verschiedenster Hinsicht mit Auswirkungen auf die Extremitäten über Muskelschwächen bis hin zu Paresen manifestieren kann, wird von Dr. H._____ nicht beurteilt.

E. 5.4

In den Arztberichten vom 17. und 18. Februar 2012 ist des Weiteren von einer chronischen Pneumonie (J18.9 [Pneumonie, nicht näher bezeichnet]; act. 66, 67) die Rede. Das Ergebnis der in diesen Berichten angesprochenen weiteren Untersuchung (Radiografie, Blutuntersuchung, ev. weitere Untersuchung) ist nicht aktenkundig. Diese Erkrankung kann die Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten ebenfalls einschränken. Für eine genauere Beurteilung ist die Aktenlage aber ungenügend.

E. 5.5

Die Ärzte des Krankenhauses N._____ stellten schliesslich in ihrem Bericht vom 26. Januar 2012 auch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschweren Grades (F 33.1 [act. 60]), die nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung durchaus Rentenrelevanz aufweisen kann (Urteil des BGer 9C_478/2011 vom 6. Januar 2012 E. 5.2). Bereits im Gutachten der Ärzte des bosnischen Versicherungsträgers vom 19. Mai 2009 (act. 7=42) wird ein ängstlich-depressives Syndrom beschrieben, das damit in Zusammenhang stehen könnte. Der Verlauf dieser Erkrankung ist in den Akten nicht dokumentiert. Beim Arztbericht vom 26. Januar 2012 handelt es sich damit, entgegen den Ausführungen von Dr. H._____, nicht um den einzigen Bericht, in welchem eine Depression diagnostiziert worden ist. In den Arztberichten vom 20. Januar 2012, ausgestellt von Dr. I._____, psychiatrisch-neurologische Klinik des Krankenhauses N._____, und 1. Februar 2012, ausgestellt von den Chirurgen J._____ und C._____, ebenfalls Krankenhaus N._____, wird ebenfalls eine Depression diagnostiziert ("F 32" [depressive Episode] oder "F 33.1" [rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode]; act. 57/10=59, 57/2=64 und 57/1=58). Der Arztbericht vom 26. Januar 2012 ist Folge der im Arztbericht vom 20. Januar 2012 angeordneten weiteren Abklärung durch einen Psychiater und bestätigt, dass der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren psychische Symptome verspüre, er aber nie zu einer psychiatrischen Behandlung überwiesen worden sei.

E. 5.6

Als Folge davon führten die behandelnden Ärzte des Krankenhauses N._____ im zusammenfassenden Bericht vom 1. Februar 2012 aus, dass angesichts des physischen und psychischen Allgemeinzustandes des Beschwerdeführers eine Verlängerung der Rehabilitation angezeigt sei. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, selbständig die täglichen Verrichtungen vorzunehmen. Er sei ferner nicht fähig, selbständig Arbeiten auszuführen, und habe seine Arbeitsfähigkeit verloren (act. 64).

E. 5.7

Schliesslich ist noch auf die im Bericht vom 13. Februar 2007 diagnostizierte Hypakusis zu verwiesen. Darin wird ausgeführt, dass wegen der Schwerhörigkeit Arbeiten in lärmigen Industriebetrieben ausgeschlossen seien. Dr. H._____ nimmt auch dazu keine Stellung.

E. 6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die medizinischen Akten unvollständig sind. Es fehlen die Ergebnisse über die Gewebeanalysen vom 26. Januar 2012 (s. act. 64), der weiteren Untersuchungen bezüglich der chronischen Pneumonie (s. act. 66,67) und die medizinischen Akten der ersten Instanz des serbischen Versicherungsträgers (s. act. 42/1). Diese fehlenden Dokumente sind von der Vorinstanz beim serbischen Versicherungsträger nachzufordern. Die Ärztin Dr. H._____ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz hat sich zwar als Fachärztin der Onkologie zu ihrem Fachgebiet geäussert, dabei jedoch die Eingangsdiagnose einer Neubildung eines Tumors im Kolon übersehen (act. 70). Zu anderen somatischen Befunden hat sie überhaupt keine Stellung bezogen und auch nicht ansatzweise eine interdisziplinäre Beurteilung der verschiedenen Leiden des Beschwerdeführers vorgenommen. Zudem widerspricht es bundesgerichtlicher Praxis, dass Dr. H._____ als Onkologin und damit als Nicht-Fachärztin zu einer psychischen Erkrankung und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Stellung nimmt (vgl. Urteil 9C_323/2009 E. 4.3.1). Bei Vorliegen solcher Zweifel an der versicherungsinternen medizinischen Beurteilung darf weder aufgrund dieser noch aufgrund der von der versicherten Person aufgelegten Berichte eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden (BGE 135 V 465 E. 4.6). Unter diesen Umständen rechtfertigt sich eine Rückweisung an die Vorinstanz zur Vervollständigung der Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Daher ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 16. April 2012 aufzuheben und die Sache gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückzuweisen, die medizinischen Akten zu vervollständigen und eine interdisziplinäre fachärztliche Gesamtbegutachtung des Beschwerdeführers in onkologischer, internistischer, neurologischer, pneumologischer, rheumatologischer/orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht durchführen zu lassen und anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen.

E. 7

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 7.1

Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. Dem Beschwerdeführer wie auch der Vorinstanz sind daher keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 e contrario und 2 VwVG; vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1). Der bereits geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten.

E. 7.2

Als obsiegende Partei hat der von einem nicht im schweizerischen Anwaltsregister eingetragenen Rechtsbeistand vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 VwVG in Verbindung mit Art. 7, Art. 9 und Art. 10 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem

Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2). Der Vertreter hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Parteientschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des aktenkundigen und notwendigen Aufwandes wird die von der Vorinstanz zu leistende Parteientschädigung auf Fr. 1'000.- festgelegt (inkl. Auslagen, Mehrwertsteuer ist nicht geschuldet; vgl. Art. 64 Abs. 2 VwVG).
Dispositiv auf Seite 13

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