

# **BVGer C-278/2019 vom 27. September 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-09-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-278\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-278_2019)

FR: TAF C-278/2019 du 27 septembre 2021

IT: TAF C-278/2019 del 27 settembre 2021

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Beschwerdeführer den ihm auferlegten Kostenvorschuss fristgerecht überwiesen hat (BVGer act. 3), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

### **E. 2.1**

Der Umstand, dass die Vorinstanz die rückwirkend abgestufte Rente in zwei separaten Verfügungen gleichen Datums eröffnet hat, ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant. Für die gerichtliche Überprüfbarkeit macht es keinen Unterschied, ob die Vorinstanz eine oder mehrere Verfügungen redigiert und eröffnet hat. Materiell liegt nur eine Verfügung vor. Wird nur die Abstufung der Leistung angefochten, wird damit die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2 und E. 2.3 S. 165 f. mit Hinweis auf BGE 125 V 413 E. 2d S. 417 f.). Vorliegend beschränkt sich der Streitgegenstand damit nicht nur auf die mit der zweiten Verfügung angeordneten Herabsetzung der ganzen Rente auf eine Dreiviertelsrente bei einem IV-Grad von 63 % per 1. Mai 2018, sondern es wird auch der Zeitraum ab 1. Februar 2018 von der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis erfasst.

### **E. 2.2**

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 (Art. 49 VwVG).

### **E. 3**

Vorliegend ist zur Hauptsache streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz den Anspruchsbeginn des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung zu Recht auf den 1. Februar 2018 festgelegt hat und ob die Herabsetzung der ganzen Invalidenrente auf eine Dreiviertelsrente per 1. Mai 2018

rechtmässig erfolgt ist.

### **E. 3.1.1**

Zunächst sind im Folgenden die gesetzlichen Grundlagen sowie massgebenden Grundsätze der Rechtsprechung darzulegen.

### **E. 3.1.2**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in (...) Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen an den Verordnungen Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 zu beachten (siehe AS 2015 343, AS 2015 345, AS 2015 353). Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

### **E. 3.1.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 139 V 335 E. 6.2 S. 338 f.; 138 V 475 E. 3.1 S. 478). Im vorliegenden Verfahren finden demnach jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügungen vom 3. Januar 2019 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 3.1.4**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügungen (hier: 3. Januar 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220; 130 V 445 E. 1.2 S. 446 f.). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366; Urteil des BGer 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366; Urteile des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C\_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

### **E. 3.2.1**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein. Ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Vorliegend hat der Beschwerdeführer von 2001 bis 2010 (vgl. act. 75, S. 5) Beiträge an die

schweizerische AHV/IV geleistet, womit er die Mindestbeitragsdauer ohne Zweifel erfüllt.

### **E. 3.2.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 3.2.3**

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

### **E. 3.2.4**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

### **E. 3.2.5**

Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, 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 andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). In Art. 88a IVV wird konkretisiert, welche

Dauer oder Intensität die Sachverhaltsänderung aufweisen muss, um revisionsrechtlich relevant zu werden. Dabei handelt es sich letztlich um Konkretisierungen des für den Rentenanspruch massgebenden Invaliditätsbegriffs (BGE 133 V 67 E. 4.3.3 S. 69 f.).

### **E. 3.3.1**

Die Behörde hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 399 f.) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 f.; 125 V 193 E. 2 S. 195) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94; Urteil des BGer 8C\_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

### **E. 3.3.2**

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 132 V 93 E. 4 S. 99 f.; 125 V 256 E. 4 S. 261 f.; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f.).

### **E. 3.3.3**

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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 323; 125 V 351 E. 3a S. 352 f.) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 3.3.4**

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern

ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Der RAD hat die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Ergänzende Abklärungen sind auch bei nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5. 2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

#### **E. 4**

Wird - wie vorliegend - rückwirkend eine befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2). In Anwendung dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung bilden im vorliegenden Fall zeitliche Referenzpunkte einerseits der 1. Februar 2018 (Rentenbeginn) und andererseits der 1. Mai 2018 (Rentenherabsetzung).

#### **E. 5**

Mit Blick auf den deutschen Rentenbescheid vom 19. Januar 2018 (act. 55 f.), mit welchem dem Beschwerdeführer ab 1. September 2017 (Beginn der Rente sowie Beginn der laufenden Zahlung) zufolge voller Erwerbsminderung eine Rente zugesprochen wurde, ist vorab festzuhalten, dass der Beschwerdeführer daraus grundsätzlich nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Der Grund dafür liegt im Umstand, dass sich sein allfälliger Rentenanspruch alleine aufgrund der schweizerischen Normen bestimmt. Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2), und aus dem Ausland stammende Beweismittel unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des BVGer C-3377/2016 vom 28. März 2017 E. 4 mit Hinweisen; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

#### **E. 6.1**

Die Vorinstanz hält in den angefochtenen Verfügungen sowie in ihrer Vernehmlassung fest, dass es sich im vorliegenden Fall um eine Gesundheitsbeeinträchtigung handle, welche nach wie vor seit dem 5. März 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der durch den Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Fahrer verursache. Ab dem 15. September 2017, dem Datum der Tumorentfernung, sei es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Ab diesem Datum sei keine Arbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt mehr gegeben. Ab dem 1. Februar 2018, d.h. einen Monat nach der

Entlassung des Beschwerdeführers aus der Rehabilitation, seien leichtere, dem Gesundheitszustand besser angepasste Tätigkeiten, welche weder das Tragen von Lasten von mehr als 5 kg beinhalten würden noch Nässe oder Kälte ausgesetzt seien, und die zudem auch keine regelmässigen Haltungswechsel, Rumpfbeugen oder Arbeiten über Schulterhöhe mehr umfassten, und es ermöglichten, jederzeit eine Toilette aufzusuchen, wieder möglich. Die Arbeitsunfähigkeit bei der Ausübung einer dieser Tätigkeiten betrage damit ab dem 15. September 2017 100 % und 50 % ab dem 1. Februar 2018, dies mit einer Erwerbseinbusse von 100 % ab dem 15. September 2017 und von 63 % ab dem 1. Februar 2018 (act. 73, S. 2). Die angefochtene Verfügung sei zwar in medizinischer Hinsicht ungenau formuliert, die Beurteilung durch den medizinischen Dienst sei jedoch korrekt vorgenommen worden. Der beurteilende Arzt habe in seiner Stellungnahme vom 8. März 2018 (act. 59) festgestellt, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der letzten rechtskräftigen Verfügung verschlechtert habe und er wiederholt hartnäckige Infekte der Harnwege sowie Tumorrezidive erlitten habe, weshalb am 15. September 2017 eine radikale Zystoprostektomie mit Anlage eines Ileum-Conduits als Blasenersatz stattgefunden habe. Ab diesem Zeitpunkt müsse mit den wiederholten Wirbelsäulen- und Schulterbeschwerden eine komplette Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit angenommen werden. Der Einkommensvergleich sei auf Grundlage der medizinischen Stellungnahme erstellt worden, womit die Entscheidungsgrundlage der angefochtenen Verfügung nicht zu beanstanden sei. Vom 14. September 2017 bis zum 29. September 2017 habe sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung befunden. Er sei beschwerdefrei in die ambulante Betreuung und Rehabilitation entlassen worden. Aus dem Entlassungsbericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2018 [recte: wohl 20. Dezember 2017] gehe sodann hervor, dass es durch die Therapien zu einer Besserung des Allgemeinzustandes und gemäss den vorliegenden Befunden zu einer kompletten Remission des Tumorleidens gekommen sei. Die Versorgung der Urostomie und Ileostomie habe der Versicherte selbstständig durchführen können (BVGer act. 6). Der Entlassungsbericht vom 11. Oktober 2017 bestätige im Weiteren eine akute arterielle Ischämie des linken Beins durch thrombotischen Verschluss femoropopliteal. Diese habe operativ behandelt werden können und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nur vorüberübergehend beeinflusst (BVGer act. 11).

## **E. 6.2**

Der Beschwerdeführer macht dagegen geltend, dass den Verfügungen vom 3. Januar 2019 lediglich die Diagnose der Tumorentfernung zugrunde gelegt worden sei. Dies entspreche jedoch nicht den Tatsachen, seien ihm doch am 15. September 2017 zudem die Harnblase, der Hoden und die Prostata entfernt worden. Es sei die Anlage eines ständigen Ileum-Conduits mit Harnabführung durch die Bauchdecke in ein Stomabeutel erfolgt. Da dieses für eine lebenslange Funktion angelegt worden sei, sei keine Besserung seines Gesundheitszustandes zu erwarten (BVGer act. 1). Überdies sei zwei Tage nach der Entlassung aus dem Klinikum C. \_\_\_\_\_ eine erneute Thromboseoperation an der linken Wade erfolgt. Es würden sich zudem Thromben in der Bauchschlagader befinden, welche nicht operativ entfernt werden könnten und somit einer ständigen Kontrolle im H. \_\_\_\_\_ MVZ bedürften. Dies sei nicht in den medizinischen Bericht einbezogen worden. Ebenso sei die sozialmedizinische Epikrise des Rehabilitationsberichts nicht vollständig berücksichtigt worden. Darin sei festgestellt worden, dass seine Leistungsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte und sämtliche Tätigkeiten von volkswirtschaftlichem Wert aufgehoben sei. Bei Rücksprache mit seinen Ärzten und anlässlich der Untersuchungen des

medizinischen Dienstes der AC. \_\_\_\_\_ sei ihm mitgeteilt worden, dass keinerlei berufliche Tätigkeit ausgeübt werden könne, welche einen Zeitraum von drei Stunden täglich überschreite und ein Heben von Lasten über 5 kg erfordere. Schliesslich sei gemäss dem urologischen Arzt eine Wiederaufnahme von Tätigkeiten aus hygienischen (Infektionsgefahr der Stomen) und ethischen Gründen nicht vorstellbar (BVGer act. 9).

## **E. 7**

Die mit Verfügungen vom 3. Januar 2019 vorgenommene Befristung der ganzen Rente ab dem 1. Mai 2018 beruhte auf der Annahme, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung seiner angestammten Tätigkeit als LKW-Fahrer mit Be- und Entladetätigkeiten nicht mehr zumutbar sei. Jedoch sei er ab dem 1. Februar 2018 in einer seinem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit noch zu 50 % arbeitsfähig (vgl. act. 73). Die Vorinstanz stütze sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügungen insbesondere auf die Stellungnahmen von Dr. I. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, vom IV-internen medizinischen Dienst vom 8. März 2018 (act. 59) und 21. Mai 2018 (act. 67).

### **E. 7.1**

Diese medizinischen Dokumente sind nachfolgend nebst weiteren zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen. Anhand dieser medizinischen Akten sowie weiterer Dokumente ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer einen (befristeten oder unbefristeten) Rentenanspruch hat resp. ob die materiellen, kumulativen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG (vgl. zum kumulativen Charakter von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG bspw. Urteil des BGer 9C\_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.1) und Art. 28 Abs. 2 IVG erfüllt sind (vgl. E. 3.2 hiervoor). - Der Beschwerdeführer befand sich vom 6. Juni 2017 bis zum 11. Juni 2017 in stationärer Behandlung in der Klinik J. \_\_\_\_\_, Kliniken E. \_\_\_\_\_, Abteilung für Urologie. Aus dem ärztlichen Bericht vom 9. Juni 2017, unterzeichnet von Prof. Dr. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, sowie M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 6. Juni 2017 transurethral operiert worden sei, wobei sich ein Blasentumorrezidiv im Bereich der vorderen Blasenwand sowie im Bereich der prostatistischen Harnröhre fand, welches reseziert worden sei. Der intra- und postoperative Heilverlauf hätte sich insgesamt unauffällig gestaltet. Eine vom Patienten gewünschte Zystoprostatektomie könne bei Befall der Harnröhre diskutiert werden (act. 48). - Vom 6. Juli 2017 bis zum 12. Juli 2017 befand sich der Beschwerdeführer erneut in stationärer Behandlung in der Klinik J. \_\_\_\_\_, Kliniken E. \_\_\_\_\_, Abteilung für Urologie. Prof. Dr. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, Dr. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie/Adrologie, sowie Dr. O. \_\_\_\_\_, Assistenzarzt, diagnostizierten einen therapieresistenten Harnwegsinfekt, ein Blasentumorrezidiv (prostatistische Harnröhre und Blasenvorderwand), ein rezidivierendes Harnblasenkarzinom (maximal pTA, G2), rezidivierende Harnröhrenruiktoren (zuletzt 10/2015), ein Prostatakarzinom, eine unklare Lymphknotenvergrösserung sowie ein Diabetes mellitus Typ II. Es sei aufgrund des therapieresistenten Harnwegsinfekts eine Antibiose durchgeführt worden. Die Beschwerden seien zügig rückläufig gewesen, sodass der Beschwerdeführer mit der oralisierten Antibiose habe nach Hause entlassen werden können (act. 46). - Aus dem ärztlichen Bericht des Klinikums C. \_\_\_\_\_ Abteilung Urologie, unterzeichnet von Prof. Dr. Dr. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, und Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Oberärztin, Facharzttitel unbekannt, vom 26. Juli 2017 zur ambulanten Behandlung des Versicherten am 19. Juli 2017, geht hervor, dass die dortige ambulante Erstvorstellung durch den Patienten zur Einholung einer

Zweitmeinung erfolgte. Aktuell sei aufgrund eines vesikoureteralen Refluxes mit rezidivierenden linksseitigen Pyelonephritiden seitens des Klinikum C.\_\_\_\_\_ eine erneute Harnleiterimplantation geplant. Eine Zystektomie werde nach Aussage des Patienten von den dortig behandelnden Ärzten abgelehnt. Prof. Dr. Dr. P.\_\_\_\_\_ und Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ führten weiter aus, dass beim Patienten kein muskelinvasives Blasenkarzinom vorliegen würde, welches aus onkologischer Sicht die Entfernung der Harnblase notwendig mache. Der Beschwerdeführer leide jedoch massivst unter einer Low-Compliance-Blase mit Miktionsfrequenzen von fünf bis zehn Mal nachts, zwei bis drei Mal pro Stunde tagsüber sowie einer Harninkontinenz, welche seine Lebensqualität erheblich beeinträchtige. Grundsätzlich stelle dies eine mögliche Indikation für eine Zystektomie dar. Der Patient würde im Falle einer Zystektomie die Harnableitung mittels Ileum-Conduit bevorzugen. Erschwerend komme jedoch hinzu, dass 2012 ein Prostatakarzinom bestrahlt worden sei und es bereits eine zweimalige Harnleiterneuimplantation linksseitig bei narbiger Ostiumstenose gegeben habe. Es bestehe ein erhöhtes Komplikationsrisiko (act. 44, S. 2). - Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologische Diagnostik, hielt im Röntgenbefund vom 26. Juli 2017 fest, dass eine regelrechte Artikulation im rechten Schultergelenk bestehe. Es seien Konturunregelmäßigkeiten der glenoidalen Gelenkfläche sowie geringe osteophytäre Anbauten des inferioren Glenoidrandes sowie der kaudalen Femurkopfkontur als Ausdruck einer mässigen Omarthrose erkennbar. Es bestünden keine periartikulären Weichteilerkrankungen. Der Patient leide an einer fortgeschrittenen Akromioklavikulargelenksarthrose (act. 45).

#### **E. 7.1.1**

Im Auftrag des deutschen Sozialversicherungsträgers wurde ein ärztlicher Bericht (E 213 DE) erstellt: - Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzttitel unbekannt, hielt im ärztlichen Untersuchungsbericht (E 213 DE) vom 15. November 2017 (act. 43) fest, dass seit 2005 beim Versicherten ein rezidivierendes Harnblasenkarzinom bekannt sei. Es seien mehrfache operative Versorgungen und Behandlungen mit transurethralen Resektionen, insgesamt über 40 Operationen bei Tumorrezidiven, erfolgt. Ebenfalls seien Zytostatika-Installationen, Harnleiterschienenungen und Neuimplantationen erfolgt. Es sei zu häufigen stationär zu behandelnden Harnwegsinfekten und Zystitiden gekommen. Ebenfalls würden sich rezidivierende Nierenstauungen, vor allem links mit lokalen, linksbetonten Unterbauch- und Flankbeschwerden, finden. Nach der notwendigen radikalen Zystoprostatektomie am 15. September 2017 sei es zu einer Darmkomplikation mit Rissbildungen im Rektum gekommen, welche eine passagere Anlage eines doppelseitigen Ileostomas erforderlich gemacht hätten. Die Rückverlagerung sei je nach Adhäsionen Mitte 2018 geplant. Aufgrund der beiden Stomata sei der Versicherte in seinen täglichen Aktivitäten deutlich eingeschränkt, wobei die Stomaversorgungen selbstständig durchgeführt würden. Hinzu komme ein komplizierender thromboembolischer Verschluss im linken Unterschenkel, welcher am 2. Oktober 2017 embolektomiert und mittels Patchplastik behandelt worden sei. Es finden sich noch Kribbelparästhesien und Taubheit im distalen linken Unterschenkel mit Neigung zu Knöchelödembildungen und zunehmender Wetterfühligkeit. Bekannt sei weiterhin eine rechtsbetonte Einschränkung der Schulterbeweglichkeit bei degenerativen Veränderungen und beginnender Omarthrose bei Impingementssymptomatik. Am Begutachtungstag sei zudem eine erneute Makrohämaturie festgestellt worden bei aktueller Umstellung der NOK von Xarelto auf Eliquis 2,5 mg. Der Versicherte werde sich diesbezüglich umgehend beim Facharzt vorstellen (act. 43 und 50).

### **E. 7.1.2**

Der Beschwerdeführer unterzog sich vom 29. November 2017 bis 20. Dezember 2017 einer stationären Rehabilitation in der Klinik G.\_\_\_\_\_: - Im Entlassungsbericht vom 20. Dezember 2017, unterzeichnet von PD Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, und U.\_\_\_\_\_, Facharzt unbekannt, wurde festgehalten, dass sich laborchemisch bei routinemässig erhobenen Parameter eine geringe Anämie, Thrombozytose und erhöhte CRP, bei sonst normwertigen Laborparametern, nachgewiesen hätten. Im Urinstatus habe sich eine Erythrozyturie, Leukozyturie und Proteinurie gezeigt. In der Beutelurinmikrobiologie seien Escherichia coli und Klebsiella pneumoniae festgestellt worden. Es sei bei asymptomatischem Verlauf keine Therapie eingeleitet worden. Sonographisch habe kein pathologischer Befund festgestellt werden können. Die regelmässigen Blutgasanalysen hätten vorerst eine schwere metabolische Azidose gezeigt. Unter alkalisierender Therapie habe ein ausgeglichener Säure-Base-Haushalt bestanden. Der Patient habe durch das Ileum-Conduit eine Makrohämaturie entwickelt, wobei es unter Clexane 60 mg zu einer Besserung gekommen sei. Ansonsten sei der Behandlungsverlauf komplikationsfrei gewesen. In der Abschlussbefundung wird sodann festgehalten, dass anhand der vorliegenden Befunde eine komplette Remission des Tumorleidens festgestellt worden sei. Die Versorgung der Urostomie und Ileostomie habe der Beschwerdeführer selbstständig durchführen können. Durch die aufgeführten Therapien sei es zu einer Besserung des Allgemeinzustandes gekommen (act. 53 [= act. 63 sowie BVGer act. 1, Beilage 4]).

### **E. 7.1.3**

Die IVSTA legte die medizinischen Akten am 1. März 2018 ihrem RAD vor (act. 58): - Der RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemein Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 8. März 2018 fest, dass anschliessend an den operativen Eingriff vom 15. September 2017 ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt (29. November 2017 bis 20. Dezember 2017) mit dem Ziel der körperlichen Rekonditionierung sowie des Erlernens der Pflege des Ileum-Conduits erfolgt sei. Bei Austritt habe der Versicherte Letzteres problemlos durchführen können und es sei bei Abwesenheit von Zeichen des Tumorleides zu einer allgemeinen Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen. Es sei ab anfangs 2018 erneut eine leichte, sitzende Tätigkeit teilweise zumutbar (act. 59).

### **E. 7.1.4**

Im Rahmen der Abklärungen der IVSTA liess ihr der Beschwerdeführer den Entlassungsbrief des Klinikums C.\_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2017, den Untersuchungsbericht des Hospitals V.\_\_\_\_\_ vom 22. Januar 2018 sowie den (sich bereits in den Akten der Vorinstanz befindlichen) Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2017 (act. 63 [= act. 53 und BVGer act. 1, Beilage 4]) zukommen: - Dem Entlassungsbrief des Klinikums C.\_\_\_\_\_, Klinik und Poliklinik für Urologie, vom 16. Oktober 2017, unterzeichnet von Prof. Dr. Dr. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, PD, Dr. med. W.\_\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. X.\_\_\_\_\_, [Anm. Facharztstitel jeweils unbekannt], ist zu entnehmen, dass der stationäre Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 14. September 2017 bis zum 29. September 2017 zur Zystektomie mit Ileum-Conduit bei erheblichem Leidensdruck bei Low Compliance-Blase mit Miktionsfrequenzen von fünf bis zehn Mal nachts, tagsüber zwei bis drei Mal pro Stunde und einer Harninkontinenz mit zwei bis drei Vorlagen pro Tag, welche die Lebensqualität des Patienten erheblich einschränkten, erfolgte. Weiter

bestehe seit ca. sechs Monaten eine progrediente erektile Dysfunktion. Der postoperative Verlauf habe sich zunächst komplikationslos gestaltet. Am 18. September 2017 habe sich stuhliges Sekret über die einliegenden Drainagen entleert. Es sei eine notfallmässige Revision erfolgt, wobei sich eine kleine Rektumläsion gezeigt habe. Diese sei übernäht, mit einer Omentumplombe versorgt und ein doppelläufiges Ileostoma angelegt worden. Es habe sich anschliessend ein regelrechter Verlauf mit guter Wundheilung, Kostaufbau und Mobilisation gezeigt. Der Patient sei beschwerdefrei in die ambulante Betreuung und Rehabilitation entlassen worden (act. 65 und BVGer act. 1, Beilage 5). - Prof. Dr. med. Y.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Gefässchirurgie, Endovaskulärer Chirurg, und Z.\_\_\_\_\_, Facharzt für Gefässchirurgie, Hospital V.\_\_\_\_\_, Kliniken E.\_\_\_\_\_, diagnostizierten im Untersuchungsbericht vom 22. Januar 2018 flottierende Thromben der Aorta abdominalis. Im Vergleich zur Untersuchung vom 22. Dezember 2017 schau die Thrombusmenge etwas geringer aus. Gleichzeitig weise der Thrombus derzeit echoreiche Anteile (wird fester evtl. wandständig) auf. Die Arteria femoralis superficialis und Arteria poplitea seien links offen. Die Arteria tibialis posterior zeige wenig Thrombus, sei aber durchgängig mit triphasischer Flusskurve. Die distale Arteria tibialis anterior sei fast verschlossen mit ein wenig retrogradem Fluss (monophasisch). Es sei ein zufriedenstellender Befund und es werde die gleiche Medikation empfohlen. Die nächste Kontrolle sei in sechs Monaten vorgesehen, bei Beschwerden jederzeit (act. 64).

#### **E. 7.1.5**

Die Vorinstanz liess die neu eingereichten Berichte erneut dem RAD zukommen: - Mit ergänzender Stellungnahme vom 21. Mai 2018 hielt der RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_\_ an seiner Schlussfolgerung fest. Zur Begründung führte er aus, dass sich aus den neu sichtbaren medizinischen Dokumente keine neuen Aspekte ergeben würden (act. 67).

#### **E. 7.1.6**

Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer nebst einer Entlassungsmittlung vom 19. Dezember 2018 der Klinik G.\_\_\_\_\_ (= act. 53 und 63, BVGer act. 1, Beilage 4) folgenden Entlassungsbrief ein: - Der Beschwerdeführer befand sich vom 2. Oktober 2017 bis zum 11. Oktober 2017 im Hospital V.\_\_\_\_\_, Kliniken E.\_\_\_\_\_, aufgrund einer akuten Unterschenkelischämie links, einem femoropopliteralen Verschluss links sowie flottierenden Thromben der Aorta abdominalis in stationäre Behandlung. Prof. Dr. med. Y.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Gefässchirurgie, Endovaskulärer Chirurg, Dr. med. AA.\_\_\_\_\_, Facharzt für Gefässchirurgie, sowie Dr. med. AB.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin, hielten dabei im Entlassungsbrief vom 11. Oktober 2017 fest, dass bei stationärer Übernahme aus dem Krankenhaus C.\_\_\_\_\_ die Motorik und Sensorik des linken Fusses und Unterschenkels deutlich eingeschränkt gewesen. Am 2. Oktober 2017 sei eine notfallmässige Thrombembolktomie der poplitealen und cruralen arteriellen Beinstrombahn links mit boviner Pericardpatchplastik erfolgt. Der Eingriff sei gut überstanden worden und der postoperative Verlauf gestalte sich regelrecht. Zum Zeitpunkt der Entlassung würden reizfreie Wundverhältnisse bestehen. Aufgrund des Aortenthrombus bestehe die Indikation zur oralen Antikoagulation mit Xarelto. Die Behandlung sei bereits begonnen worden und werde gut vertragen. Es würden weiterhin doppler- und duplexsonographische Kontrolluntersuchungen nach drei und weiteren sechs Monaten empfohlen (BVGer act. 9, Beilage 2).

#### **E. 7.1.7**

Die Vorinstanz liess den Entlassungsbrief des Hospitals V. \_\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2017 sowie die Entlassungsmitteilung der Klinik G. \_\_\_\_\_, vom 19. Dezember 2017 (act. 9, Beilagen) zur erneuten Stellungnahme dem RAD zukommen (BVGer act. 11, Beilage 1): - Dr. I. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Einschätzung vom 9. April 2019 fest, dass bei einer Entlassung aus einer Rehabilitation zuerst eine Anpassung an den Alltag zu Hause erfolgen müsse, so dass selten jemand sofort arbeitsfähig entlassen werde. Er teile die die ärztliche Meinung bezüglich einer angepassten Verweisungstätigkeit nicht. Auch wenn der pflegerische Aufwand sicherlich vorhanden sei, würde dieser im weiteren Verlauf eine angepasste Verweisungstätigkeit für drei bis vier Stunden pro Tag nicht ausschliessen. Bezugnehmend auf den Entlassungsbericht, welche eine akute arterielle Ischämie des linken Beins durch thrombotischen Verschluss femoropopliteal bestätige, hielt Dr. I. \_\_\_\_\_ fest, dass diese Situation durch einen gezielten Eingriff sowie anschliessende Antikoagulation behoben werden konnte und deshalb die Arbeitsfähigkeit nur vorübergehend beeinflussen würde. Insgesamt würden die neu zugestellten Unterlagen und die darin enthaltenen Informationen eine 50 %-ige leichte Verweisungstätigkeit nicht verunmöglichen (BVGer act. 11, Beilage 2).

### **E. 8.1**

Wie aus der Vernehmlassung hervorgeht, stützte sich die Vorinstanz beim Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 3. Januar 2019 und der Würdigung des medizinischen Sachverhalts massgeblich auf die erwähnten Stellungnahmen ihres RAD (vgl. E. 6.1 hiervor) ab. Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 3.3.4 hiervor), kann auf Stellungnahmen von Fachärztinnen und -ärzten des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass deren Beurteilungen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (resp. an ein Gutachten) genügen und zudem die beigezogenen Ärztinnen und Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Den Stellungnahmen resp. Berichten im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG von Dr. I. \_\_\_\_\_ kann volle Beweiskraft zukommen, wenn die übrigen, von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien erfüllt sind. Daran besteht im vorliegenden Fall grundsätzlich kein Zweifel, obwohl retrospektive Beurteilungen der Arbeits(un)fähigkeit schwierig sind und deshalb entsprechende Begutachtungen erhöhten Ansprüchen genügen müssen (vgl. Urteil des BVGer C-8902/2010 vom 14. März 2013 E. 5.2.1 mit Hinweisen). Aufgabe des RAD ist es, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen (vgl. Urteil BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass der RAD-Arzt seine Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgegeben hat, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht würdigte. Stellungnahmen des RAD können - wie Aktengutachten - beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. E. 3.3.4 hiervor; Urteile BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten erlaubten, sich ein lückenloses und einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des RAD nachvollziehbar und schlüssig sind.

## **E. 8.2**

Aus den Akten ergibt sich, dass Dr. I. \_\_\_\_\_ Informationsquellen in Form von Arztberichten der behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie Anamnesen zur Verfügung standen. Seine Stellungnahmen berücksichtigen einerseits die Leiden des Beschwerdeführers und wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben, andererseits sind die Beurteilungen der medizinischen Situation in somatischer Hinsicht und die entsprechenden Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dass Dr. I. \_\_\_\_\_ über keinen Facharztstitel auf den Gebieten der Onkologie, Urologie und/oder Orthopädie verfügt, vermag daran nichts zu ändern. Er verfügt mit Blick auf die beim Beschwerdeführer vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen über ausreichend Fachwissen, um eine überzeugende, schlüssige und somit rechtsgenügeliche Beurteilung abgeben zu können, zumal ihm zahlreiche fachärztliche Berichte - insbesondere auch derjenige von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2017 (vgl. act. 43 und act. 50) - zur Verfügung standen. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass Dr. I. \_\_\_\_\_ von eigenen Untersuchungen absah. Auch auf das Einholen von weiteren Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärztinnen und -ärzten konnte und kann unter diesen Umständen verzichtet werden (zur antizipierten Beweismwürdigung vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1).

## **E. 8.3**

Die Ärzteschaft ist sich bezüglich der Diagnosen einig, dass es wiederholt zu hartnäckigen Infekten der Harnwege sowie zu Tumorrezidiven der Harnblase gekommen sei (act. 43, S. 9, act. 44, S. 2, act. 46, act. 48, act. 53 [=act. 63, BVGer act. 1, Beilage 4], act. 59, act. 65). Am 15. September 2017 sei eine radikale Zystoprostektomie mit Anlage eines Ileum-Conduits als Blasenersatz durchgeführt worden, bei der es zu einer Rektalläsion gekommen sei, was zur Anlage eines doppelseitigen Ileostomas geführt habe (act. 43, S. 9, act. 53, S. 4, act. 59, act. 65). Im Weiteren leide der Beschwerdeführer an wiederholten Wirbelsäulen- und Schulterbeschwerden (act. 43, S. 3 und 9, act. 45, act. 59). Bei der durch den Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Fahrer handelt es sich um eine körperlich mittelschwere, überwiegend sitzende Tätigkeit in Wechselschicht mit Nachtschicht. Das Heben und Tragen von Lasten war ca. fünf Mal pro Tag bis maximal 50-60 kg notwendig. An seinem Arbeitsplatz war überdies ein regelmässiger Toilettenbesuch nicht möglich (vgl. act. 53, S. 2 und 5 [=act. 63, BVGer act. 1, Beilage 4], act. 62, S. 2). In Anbetracht der medizinischen Berichte ist vorliegend davon auszugehen, dass ab dem 15. September 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit vorliegt. Dies ist insoweit im vorliegenden Beschwerdeverfahren denn auch nicht strittig.

## **E. 8.4**

Unbestritten ist überdies die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in einem seinem Gesundheitszustand angepassten Verweistätigkeit ab dem 15. September 2017 bis zum 1. Februar 2018 zu 100 % (vgl. act. 75 und 76). So befand sich der Beschwerdeführer vom 14. September 2017 bis zum 29. September 2017 in stationärer Behandlung zwecks Zystektomie mit Anlage eines Ileum-Conduit (act. 65). Vom 2. Oktober 2017 bis zum 11. Oktober 2017 musste sich der Versicherte erneut einer notfallmässigen Thrombembektomie der poplitealen und cruralen arteriellen Beinstrombahn unterziehen (BVGer act. 9, Beilage 3). Anschliessend befand er sich in der Klinik G. \_\_\_\_\_ in einem stationären Rehabilitationsaufenthalt vom 29. November 2017 bis zum 20. Dezember 2017.

Aus dem entsprechenden Entlassungsbericht vom 20. Dezember 2017, unterzeichnet von PD Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie, und U.\_\_\_\_\_, Facharzt unbekannt, geht hervor, dass der Versicherte in Bezug auf den gesamten Behandlungsverlauf, das Ileum-Conduit und das doppelläufige Ileostoma, als arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen worden sei (act. 63, S. 2). Damit kongruent ist auch die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. I.\_\_\_\_\_, der von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bis anfangs 2018 ausgeht (act. 59).

### **E. 8.5**

Ab dem 15. September 2017 bestand daher grundsätzlich ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wie dies die Vorinstanz bereits in ihrer rechtskräftigen Verfügung vom 19. Juni 2018 (act. 69) sowie ihren Verfügungen vom 3. Januar 2019 (act. 73 und 75) festgehalten hat.

### **E. 9**

Aufgrund der Beschwerde streitig und zu prüfen ist die Frage, ob ab Februar 2018 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen vom 3. Januar 2019 auf der Grundlage der medizinischen Berichte auf eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für Verweistätigkeiten geschlossen werden kann.

#### **E. 9.1**

Der RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemein Medizin, hielt diesbezüglich in seiner Stellungnahme vom 8. März 2018 fest, dass dem Beschwerdeführer ab Anfang 2018 erneut eine leichte, sitzende Tätigkeit zeitweilig zumutbar sei. Dabei würden folgende funktionelle Behinderung bestehen: keine regelmässigen Positionswechsel, kein Beugen des Rumpfes, kein Tragen von Lasten über 5 kg, keine Exposition gegenüber Dämpfen, Staub oder Ähnlichem, Möglichkeit die Toilette bei Bedarf unverzüglich aufsuchen zu können, keine Arbeiten über Schulterhöhe. Es seien dabei pro Tag drei bis vier Arbeitsstunden möglich (act. 59).

##### **E. 9.1.1**

Aus dem E 213-Bericht von Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzttitel unbekannt, vom 15. November 2017 geht hervor, dass dem Versicherten leichte Tätigkeiten ohne Nässe, Kälte, Absturzgefahr, ohne häufiges Bücken, Heben, Tragen von Lasten, Klettern oder Steigen, mit wechselnder Körperhaltung (abwechselnd im Gehen, Stehen oder Sitzen) und ohne besonderen Zeitdruck zumutbar seien. Zudem seien Arbeiten in Nachtschicht nicht möglich. Der Versicherte könne jedoch Bildschirmarbeit leisten und auch ohne Hilfe anderer Personen Arbeiten verrichten. Der zumutbare zeitliche Umfang betrage dabei weniger als drei Stunden (act. 43, S. 10, act. 50 S. 2). Dabei liegen der Einschätzung von Dr. med. R.\_\_\_\_\_ die Rentenvorgutachten vom 18. November 2013 (act. 23) sowie vom 17. August 2015, die Entlassungsberichte der Kliniken E.\_\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2017 (BVGer act. 9, Beilage 2) sowie der Kliniken E.\_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2017 [Diagnose: arterielle Durchblutungsstörung linker Unterschenkel/Fuss], der Entlassungsbericht aus der Urologischen Klinik des Klinikums C.\_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2017 (act. 65), die Entlassungsberichte der Kliniken E.\_\_\_\_\_, Abteilung Urologie und Onkologie, vom 22. August 2017 [Diagnose: Therapieresistenter Harnwegsinfekt bei begleiteter Epididymitis links], vom 12. Juli 2017 (act. 46), vom 9. Juni 2017 (act. 48), vom 21. November 2016 [Diagnose: Aktuell Blasentumorrezidiv, Zustand nach Pyelonephritis beidseitig] und vom 23. September 2016 [Diagnose: Pyelonephritis beidseitig] zugrunde. Zudem beruht der E

213 DE-Bericht ebenfalls auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. med. R. \_\_\_\_\_ am 15. November 2017 (act. 34, S. 2).

#### **E. 9.1.2**

Demgegenüber ist dem Entlassungsbericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2017 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf den gesamten Behandlungsverlauf, dass Ileum-Conduit und das doppeläufige Ileostoma als arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen worden sei. Aus demselben Grund sei die Leistungsfähigkeit des Patienten für seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit und sämtliche Tätigkeiten von wirtschaftlichem Wert aufgehoben (act. 53, S. 2, [act. 63, BVGer act. 1, Beilage 4 und BVGer act. 9, Beilage 1]).

#### **E. 9.1.3**

Der RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_\_\_ erwog diesbezüglich, dass es mehrheitlich so sei, dass bei einer Entlassung aus einer Rehabilitation zuerst eine Anpassung an den Alltag zu Hause erfolgen müsse, so dass selten jemand sofort arbeitsfähig entlassen werde. Auch wenn der pflegerische Aufwand sicherlich vorhanden sei, sei er jedoch der Ansicht, dass dieser im weiteren Verlauf eine angepasste Verweistätigkeit für drei bis vier Stunden pro Tag nicht ausschliessen würde (BVGer act. 11, Beilage 2). Dem Entlassungsbericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2017 ist denn auch zu entnehmen, dass anhand der vorliegenden Befunde eine komplette Remission des Tumorleidens festgestellt werden konnte. Die Versorgung der Urostomie und Ileostomie habe der Patient selbstständig durchführen können und durch die Therapien sei es zu einer Besserung des Allgemeinzustands gekommen (act. 63, S. 7 [act. 53, BVGer act. 1, Beilage 4]). Es ist demnach nicht zu beanstanden, wenn der RAD-Arzt nach erfolgtem Rehabilitationsaufenthalt und entsprechendem Entlassungsbericht von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von drei bis vier Stunden pro Tag ausgeht. Diese Verbesserung im Vergleich zur Einschätzung von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ scheint aufgrund des entsprechenden Zeitablaufs sowie der durchgeführten Therapien zwecks Rehabilitation des Beschwerdeführers plausibel und nachvollziehbar.

#### **E. 9.1.4**

Im Weiteren wird durch den Beschwerdeführer gerügt, es sei in den angefochtenen Verfügungen vom 3. Januar 2019 nicht berücksichtigt worden, dass zwei Tage nach seiner Entlassung aus dem Klinikum C. \_\_\_\_\_ erneut eine Thromboseoperation in der linken Wade habe durchgeführt werden müssen. Es würden sich sodann Thromben in der Bauchschlagader befinden, welche nicht operativ entfernt werden könnten und somit einer ständigen Kontrolle bedürften (vgl. E. 6.2 hiervor; BVGer act. 9). Dabei handelt es sich gemäss dem RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_\_\_ um vorübergehende Beschwerden, welche durch einen gezielten Eingriff sowie anschliessende Antikoagulation behoben werden konnten und somit die Arbeitsfähigkeit nur vorübergehend beeinflussen würden (vgl. BVGer act. 11, Beilage 2). Dem Entlassungsbericht des Hospitals V. \_\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2017 anlässlich der transpoplitealen Thromboembolektomie der poplitealen und cruralen arteriellen Beinstrombahn links mit boviner Pericardpatchplastik ist zu entnehmen, dass der Eingriff gut überstanden worden sei und der Verlauf sich regelrecht gestalte. Es wurden Kontrolluntersuchungen nach drei und nach weiteren sechs Monaten empfohlen (BVGer act. 9, Beilage 2). Am 22. Januar 2018 begab sich der Beschwerdeführer sodann zur Kontrolle betreffend die Diagnose der flottierenden Thromben der Aorta abdominalis ins

Hospital V.\_\_\_\_\_. Dabei wird insbesondere festgehalten, dass der Befund zufriedenstellend sei. Es wird die gleiche Medikation empfohlen sowie eine nächste Kontrolle in sechs Monaten (act. 64, S. 2). Hingegen finden sich keine Hinweise auf bleibende Folgeschäden oder sonstige Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Zu beachten ist des Weiteren, dass der Entlassungsbericht bereits dem E 213-Bericht von Dr. med. R.\_\_\_\_\_. vom 15. November 2017 zugrunde lag und entsprechend in dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers Einfluss fand (vgl. hiervor E. 9.1.1) und die entsprechenden Diagnosen - insbesondere auch aufgrund des sich in den Akten befindlichen Berichts betreffend die Kontrolluntersuchung vom 22. Januar 2018 (act. 64) - folglich auch dem RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_\_ bereits bekannt waren.

#### **E. 9.1.5**

Schliesslich ist in Bezug auf die Diagnose des Diabetes mellitus Typ II festzuhalten, dass diese die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich zu beeinflussen vermag, zumal auch hier in den Akten keine Hinweise auf bleibende Folgeschäden zu finden sind (vgl. dazu auch Urteil des BGer I 510/06 vom 26. Januar 2017 E. 4.2).

#### **E. 9.1.6**

Die weiteren, sich in den Akten befindlichen medizinischen Berichte und Stellungnahmen (act. 44, 45, 46, 48, 64 und 65) äussern sich indes nicht zu einer Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers. Insbesondere findet sich auch keine ärztliche Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit aus ethischen oder hygienischen Gründen, wie sie der Beschwerdeführer replikweise vorgebracht hat (vgl. BVGer act. 9, S. 2).

#### **E. 9.2**

Insgesamt tragen die Beurteilungen von RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_\_ vom 8. März 2018, vom 21. Mai 2018 und vom 9. April 2019 (act. 59, act. 67 und BVGer act. 11, Beilage 1) den von den behandelnden Klinikärztinnen und -ärzten und dem sozialmedizinischen Dienst der deutschen Rentenversicherung festgestellten körperlichen Einschränkungen, dessen Bericht auf einer eigenen, ausgedehnten Untersuchung beruht, vollumfänglich Rechnung und ist wohlbegründet. Abweichende ärztliche Beurteilungen bestehen sodann nicht.

#### **E. 9.3**

Der medizinische Sachverhalt ist damit für die vorliegend zu beurteilenden Fragen als erstellt zu betrachten. Mithin ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass gegenüber dem Vergleichszeitpunkt am 15. September 2017 eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Die Aussage des RAD-Arztes, wonach der Beschwerdeführer in einer angepassten Verweistätigkeit ab Februar 2018 zu 50 % arbeitsfähig ist, ist damit zu bestätigen.

#### **E. 10**

Im Weiteren ist auf die strittige Frage des frühestmöglichen Rentenbeginns einzugehen. Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht.

#### **E. 10.1**

Während die Vorinstanz den Rentenbeginn (act. 75) auf den 1. Februar 2018 ansetzt, beantragt der Beschwerdeführer, es sei ihm eine ganze Invalidenrente ab dem 15. September 2017 zuzusprechen (BVGer act. 1).

### **E. 10.2**

Eine Anmeldung zum Leistungsbezug liegt dann vor, wenn erkennbar wird, dass die anmeldende Person Leistungen beansprucht, d. h. den Willen zum Ausdruck bringt, sich darum zu bewerben (KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 29 Rz 12). In zeitlicher Hinsicht ist nicht das Eintreffen der Anmeldung beim Versicherungsträger, sondern die Übergabe an die Post massgebend (KIESER, a.a.O. Art. 29 Rz 35).

Grundsätzlich hat die Anmeldung mit dem amtlichen Formular zu erfolgen (Art. 29 Abs. 2 ATSG und Art. 65 Abs. 1 IVV). Ist der Zeitpunkt der Anmeldung strittig, trägt die anmeldende Person die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit (KIESER, a.a.O., Art. 29 Rz 37).

### **E. 10.3**

Vorliegend meldete sich der Versicherte am 9. August 2017 erneut beim deutschen Versicherungsträger zum Leistungsbezug an (act. 54). Die entsprechenden Formulare E 204 DE, E 205 DE, E 206 DE und E 213 DE wurden am 22. Januar 2018 an die SAK zur weiteren Bearbeitung übermittelt und gingen am 26. Januar 2018 ein (act. 39-43, 54 f.). Das Datum der Anmeldung vom 9. August 2017 wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Es finden sich dann auch keine weiteren Hinweise in den Akten, wonach der Beschwerdeführer bereits vor dem 9. August 2017 seinen Willen, sich zum Leistungsbezug anzumelden, zum Ausdruck gebracht hätte. Folglich ging die Vorinstanz in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG zu recht von einem frühestmöglichen Rentenbeginn am 1. Februar 2018 aus.

### **E. 11**

Im Weiteren sind der Einkommensvergleich und der ermittelte Invaliditätsgrad zu überprüfen.

#### **E. 11.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 S. 349; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

#### **E. 11.2**

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des hypothetischen frühestmöglichen Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige

rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2 S. 223 f.; Urteile des BGer 8C\_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2; 8C\_49/2018 vom 8. November 2018 E. 6.1.1).

### **E. 11.3**

Wie bereits festgestellt (vgl. hiervor E. 10), ist der hypothetisch frühestmögliche Beginn des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers der 1. Februar 2018. Der Beschwerdeführer war vom 15. September 2017 bis zum 31. Januar 2018 sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als LKW-Fahrer als auch in jeder anderen Tätigkeit unbestrittenermassen zu 100 % arbeitsunfähig. Ab dem 1. Februar 2018 ist von einer 50 % verbesserten Arbeitsfähigkeit in seinem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeiten auszugehen (vgl. E. 9 vorne). Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist die Verbesserung rentenrelevant, wenn sie mindestens drei Monate gedauert hat, vorliegend also am 1. Mai 2018. Daraus ergibt sich, dass dem Beschwerdeführer bis 30. April 2018 eine ganze IV-Rente auszurichten ist, was zwischen den Parteien nicht umstritten ist. Für den Zeitpunkt ab 1. Mai 2018 ist ausgehend von der 50 %-igen Arbeitsfähigkeit ein Einkommensvergleich vorzunehmen, um den geänderten Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers zu bestimmen. Dabei sind die Vergleichseinkommen bezogen auf das Jahr 2018 zu bestimmen.

### **E. 11.4**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f.; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1).

### **E. 11.5**

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f.; 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475 ff.; 135 V 297 E. 5.2 S. 301; Urteil BGer 9C\_532/2016 vom 25. November 2016 E. 4.1.1; vgl. auch BGE 142 V 178). Wird auf die LSE 2016 abgestellt, ist die Tabelle TA1 Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor zu verwenden (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7). Da den LSE-Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf

eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b.bb S. 77; vgl. Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, abrufbar unter <<http://www.bfs.admin.ch>> Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit > Arbeitszeit > Normalarbeitsstunden gemäss der Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit [besucht am 10.07.2021]). Bei der Anpassung an die Lohnentwicklung ist nach Geschlechtern zu differenzieren, d. h. es ist auf den branchenspezifischen Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen (vgl. BGE 129 V 408 E. 3.1.2 S. 409 und E. 4.2 S. 410; siehe Tabellen zum Schweizerischen Lohnindex unter <<http://www.bfs.admin.ch>> Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Lohnentwicklung [besucht am 10.07.2021]).

#### **E. 11.6**

Zur Bestimmung des Validenlohns stützt sich die Vorinstanz auf die Tabellenwerte der Lohnstrukturerhebung des Bundes (LSE) 2012, TA1\_skill\_level 2012, Privater und Öffentlicher Sektor, T17 Fahrzeugführer und bedienen mobiler Anlagen, Spalte Männer, ergebend Fr. 5'570.- monatlich, aufgerechnet von 40 Wochenstunden auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 42.3 Stunden. Dies ergebe ein Valideneinkommen von Fr. 5'890.28 monatlich (act. 68).

#### **E. 11.7**

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens stützte sich die IVSTA ebenfalls auf die Tabellenwerte der LSE 2012, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau der Tätigkeit 1, Spalte Männer, ergebend Fr. 5'210.- monatlich, aufgerechnet von 40 Wochenstunden auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden. Dies ergebe ein Invalideneinkommen von Fr. 5'431.43 monatlich. Bei einer Reduktion von 20 % des Invalidenlohns als leidensbedingten Abzug sowie einem zumutbaren Pensum von 50% resultiere ein Invalideneinkommen von Fr. 2'172.57 monatlich. Hieraus ergebe sich eine Erwerbseinbusse von 63.12 % ab dem 1. Februar 2018 (act. 68).

#### **E. 11.8.1**

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens haben sich weder die Vorinstanz, noch der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren geäußert. Festzustellen ist, dass vorliegend der Einkommensvergleich auf der Basis des Jahres 2012 erstellt wurde. Der Beschwerdeführer war nach massgebender Veränderung seines Gesundheitsschadens im September 2017 noch im Arbeitsmarkt tätig. Aus den Akten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als LKW-Fahrer zwischen dem 4. Januar 2016 und dem 31. Dezember 2017 einen tatsächlichen Verdienst von EUR 2'300.- monatlich erzielte (vgl. act. 62, S. 3, 5, 10, 28). Für die Bemessung der Invalidität einer - wie hier - im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1). Folglich ist Berechnung des Einkommensvergleichs aufgrund statistischer Werte in Form der LSE-Tabellenlöhne durch die Vorinstanz vorliegend nicht zu beanstanden.

#### **E. 11.8.2**

Da für die vorliegende Berechnung das Valideneinkommen im Jahr 2018 massgebend ist, gilt es auf die aktuelleren Zahlen der LSE 2016, die am 26. Oktober 2018 veröffentlicht wurden und damit im Verfügungszeitpunkt bereits vorlagen, abzustellen. Dabei ergibt sich

ein massgebender Bruttolohn gemäss LSE-Tabelle 2016, T17 Fahrzeugführer und bedienen mobiler Anlagen, Spalte Männer von Fr. 6'014.- bzw. umgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 42.4 Stunden im Jahr 2017 im Abschnitt H Verkehr und Lagerei von Fr. 6'374.84. Dabei gilt es den hochgerechneten Jahreslohn 2016 von Fr. 76'498.08 (Fr. 6'374.84 x 12) auf das Jahr 2017 zu indexieren. Gemäss Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016-2018, betrug die Veränderung des Nominallohns gegenüber dem Vorjahr im Sektor 3 Dienstleistungen, Verkehr und Lagerei + 0.3 % im Jahr 2017. Dies ergibt ein Valideneinkommen für das Jahr 2018 von Fr. 76'727.57 (Fr. 76'498.08 + Fr. 229.49).

### **E. 11.9**

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens ist ebenfalls entgegen der Vorinstanz auf die Tabellenwerte der LSE 2016 abzustellen. Bei Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau der Tätigkeit 1, Spalte Männer, ergebend Fr. 5'340.- monatlich, aufgerechnet von 40 Wochenstunden auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung von 2016 auf 2017. Dies ergibt ein Invalideneinkommen von Fr. 5'589.63 (Fr. 5'340.- + Fr. 22.68) monatlich. Bei einem zumutbaren Pensum von 50 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 2'794.81 monatlich bzw. ein Jahreslohn von Fr. 33'537.72.

### **E. 11.10**

Es ist im Weiteren die Frage des leidensbedingten Abzugs im Rahmen der Berechnung des Invalideneinkommens zu prüfen.

#### **E. 11.10.1**

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne aus invaliditätsfremden Gründen herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei erlaubt ein Abzug vom statistischen Lohn von insgesamt höchstens 25 %, den verschiedenen Merkmalen, die das Erwerbseinkommen zu beeinflussen vermögen, Rechnung zu tragen (BGE 126 V 75 E. 5 S. 78 ff.). Ein Abzug soll nicht automatisch, sondern dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Versicherte wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale seine gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f.).

#### **E. 11.10.2**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft, ob der Entscheid, den die IVSTA nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen müssen. Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzuges, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75 E. 6 S. 81).

#### **E. 11.10.3**

Die Vorinstanz gewährte einen Abzug von 20 % angesichts der persönlichen und beruflichen Umstände des Falls, insbesondere der Funktionseinschränkungen mit dem Gesundheitsschaden und des Alters des Versicherten (58 Jahre) (act. 68).

#### **E. 11.10.4**

Es liegt zunächst eine zeitliche Einschränkung des Arbeitspensums vor und eine ebenfalls pensenwirksame Reduktion des Leistungsgrades. Diese doppelte Einschränkung wirkt sich potentiell überproportional verdienstmindernd aus (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_721/2008 vom 14. Oktober 2008 E. 1.3.3). Weiter ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer an zahlreichen Beschwerden (insbesondere an Tumorrezidiven, den Folgen einer radikalen Zystoprostatektomie mit Anlage eines Ileum-Conduits und eines doppelseitigen Ileostomas sowie an wiederholten Wirbelsäulen- und Schulterbeschwerden) leidet und deshalb auch bei einer grundsätzlich zumutbaren Tätigkeit im genannten Leistungsumfang weiteren Einschränkungen unterliegt. So sollte er insbesondere die Möglichkeit haben, jederzeit eine Toilette aufsuchen zu können. Die Arbeit sollte zudem vorwiegend sitzend ausgeübt werden können; darüber hinaus darf die Tätigkeit keine Überkopfarbeiten, keine Rumpfbeugen und kein Heben von Gewichten über 5 kg beinhalten und nicht Nässe oder Kälte sowie Staub, Dämpfen oder Ähnlichem ausgesetzt sein (vgl. dazu act. 59 und 73). Es ist überdies auch ein gewisser pflegerischer Aufwand zur Versorgung der Urostomie und Ileostomie vorhanden (vgl. BVGer act. 11, Beilage 2). Mit diesem Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers muss davon ausgegangen werden, dass er nur noch einen neuen Arbeitgeber findet, der ihn zu einem tieferen Lohn anstellt (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_617/2010 vom 10. Februar 2011 E. 4.3). Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ist ein leidensbedingter Abzug von 20 % im Ergebnis angemessen.

#### **E. 11.11**

Für den Zeitpunkt des Rentenbeginns im Jahr 2018 resultiert, ausgehend von einem Tabellenlohn gemäss LSE 2016, T17 Fahrzeugführer und bedienen mobiler Anlagen, Spalte Männer, einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 42.4 Stunden sowie einer Indexierung von + 0.3 %, ein Validenlohn von Fr. 76'727.57 (= Fr. 6'374.84 x 12). Unter Berücksichtigung einer Leistungsfähigkeit von 50 % und eines leidensbedingten Abzugs von 20 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 26'830.10 (= [Fr. 2'794.81 - Fr. 558.97] x 12). Ausgehend vom erwähnten Validenlohn von Fr. 76'727.57 resultiert somit ein IV Grad von 65.03 % (= [Fr. 76'727.57 - Fr. 26'830.10] x 100 / Fr. 76'727.57), abgerundet ergibt sich dementsprechend ein IV-Grad von 65 % (zur Rundung beim IV-Grad vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 122 f.) und damit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

#### **E. 12**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer ab 1. Februar 2018 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat und sich der Anspruch ab dem 1. Mai 2018 auf eine Dreiviertelsrente reduziert. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

#### **E. 13.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die auf Fr. 800.- festzusetzenden Verfahrenskosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der einbezahlte Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu

verwenden.

### **E. 13.2**

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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