

BVGer C-2949/2012 vom 15. Januar 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2949_2012

FR: TAF C-2949/2012 du 15 janvier 2015

IT: TAF C-2949/2012 del 15 gennaio 2015

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) vom 3. Mai 2012, mit welcher das Gesuch um Ausrichtung einer Rente der schweizerischen Invalidenversicherung abgewiesen wurde. Vorab ist festzuhalten, dass als Antragsdatum der Zeitpunkt der ersten Einreichung bei der IVSTA am 23. April 2010 zu betrachten ist, wie dies die IVSTA selber in ihrem Schreiben an den Beschwerdeführer vom 16. Juni 2010 festgehalten hat (Vorakten 29).

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Rentengesuche befindet (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Nach Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Beschwerdeführer, der am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen hat, ist als Adressat durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

E. 2

Nachfolgend ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Bürger der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B-8566/2010 vom 6. August 2013 E. 6.1, B-194/2013 vom 22. Juli 2013 E. 3.1 und C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen materiell-rechtlichen Bestimmungen anzuwenden, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 103 V 329 und BGE 130 V 445). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 3. Mai 2012) eintraten, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b, BGE 130 V 329, BGE 130 V 64 E. 5.2.5 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

E. 2.3

Die Sache beurteilt sich nach denjenigen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Der vorliegend zu beurteilende Sachverhalt hat sich nach dem 1. Januar 2008 verwirklicht, weshalb auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV in der Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen ist. 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, soweit diese einschlägig sind. Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 sowie der IVV und ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision [AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155], in Kraft seit 1. Januar 2008) nichts geändert, weshalb nachfolgend auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 3.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Diese Zweiteilung erfolgte, weil der Verordnungsgeber davon ausging, dass bei Grenzgängern die kantonale IV-Stelle besser geeignet ist, die erforderlichen Abklärungen durchzuführen. Die Zuständigkeit der IVSTA zum Erlass der Verfügung (vgl. Art. 40 Abs. 2 IVV dritter Satz) ist aber wesentlich unter dem Gesichtspunkt der einheitlichen Rechtsanwendung und ihrer Verbindungsstelle mit ausländischen Versicherungsträgern (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2687/2006 vom 27. August 2008 mit weiteren Hinweisen). Diese Zuständigkeit gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Ein ehemaliger Grenzgänger, welcher im Zeitpunkt der Anmeldung immer noch im Grenzgebiet wohnt und einen Gesundheitsschaden geltend macht, der auf die Zeit seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht, hat somit beim Kanton, in welchem er zu jener Zeit tätig war, das Gesuch einzureichen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6346/2011 vom 17. Oktober 2013).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer war in der Zeit von 1977 bis 2000 als Grenzgänger im Kanton S._____ bei der A._____ AG tätig, und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Deutschland, wo er noch heute lebt. Jedoch sind mit der Bypass-Operation im April 2001 und dem Erleiden eines stumpfen Bauchtraumas beim Autounfall 2010 mit späteren Komplikationen neue Gesundheitsschäden eingetreten, welche nicht mehr auf die Zeit seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgehen. Unter diesen Umständen war die IVSTA sowohl für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung als auch für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 4

Im vorliegenden Verfahren ist strittig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht mangels anspruchsbegründender Invalidität abgewiesen hat. Vorab werden die für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache wesentlichen Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargestellt.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). 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 (vgl. Art. 6 ATSG). 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 (vgl. Art. 7 ATSG). Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. BGE 110 V 273 E. 4a und BGE 102 V 165). Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. in der bisherigen Tätigkeit, sondern - wenn erforderlich - auch in zumutbaren andern Bereichen, in sog. Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Bei der Bemessung der Invalidität kommt es somit einzig auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen einer funktionellen Behinderung an, und nicht allein auf den ärztlich festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung (vgl. BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

E. 4.2

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

E. 4.3

Versicherte haben Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid sind, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG [4. IV-Revision] respektive Art. 28 Abs. 2 IVG [5. IV-Revision]). Gemäss Art. 28 Abs. 1ter 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, was für Staaten der EU der Fall ist.

E. 4.4

Wurde eine Rente rückwirkend befristet zugesprochen oder wurde eine solche wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV; BGE 133 V 263 E. 6). Tritt die Verwaltung - wie im vorliegenden Fall - auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 83 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 f.). Eine Änderung des Invaliditätsgrades setzt stets auch eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, das heisst hinsichtlich der Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad rentenwirksam sein (vgl. Art. 17 ATSG, BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten - welche gleichermassen auch im Neuanschuldungsverfahren gelten (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2; Urteil des BGer I 658/05 vom 27. März 2006 E. 4.4) - ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 E. 3a).

E. 4.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

E. 4.6

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste (RAD) zur Verfügung (Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG). Die RAD setzen 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 Satz 2 und 3 IVG).

E. 4.7

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

E. 4.7.1

Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.7.2

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 4.7.3

Bezüglich 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 der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren

auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 4.7.4

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. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 4.7.5

Auf Stellungnahmen eines RAD kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht] I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2009 E. 2.1, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, 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 ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, 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 Bundesgerichts vom 14. Juli 2009 [9C_323/2009] E. 4.3.1 sowie vom 14. November 2007 [I 1094/06] E. 3.1.1, beide mit Hinweisen).

E. 5

Die Vorinstanz ist auf das neue Leistungsbegehren eingetreten, hat die Sache materiell geprüft und dem ärztlichen Dienst vorgelegt. Gemäss den dargelegten Grundsätzen (vgl. E. 4.4 hiavor) ist massgebend und zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung der IV-Stelle S._____ vom 19. April 1991 (Referenzzeitpunkt) bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2012 in rentenanspruchserheblicher Weise geändert hat.

E. 5.1

Die IVSTA sprach dem Beschwerdeführer, gestützt auf die Feststellungen der IV-Stelle S._____ und der Berechnungen der SAK, aufgrund eines Invaliditätsgrades von 53% von 1. September 1989 bis 31. März 1990 eine halbe Invalidenrente zu. Die Rente wurde auf den 31. März 1990 befristet, da der Beschwerdeführer ab 1. April 1990 als Portier wieder bei seinem bisherigen Arbeitgeber arbeitete. Die Verfügung ist in Rechtskraft erwachsen und stützte sich auf die folgenden ärztlichen Berichte aus der Zeit von Dezember 1988 bis Oktober 1990 (act. 21, Vorakten der IV-Stelle S._____). - Vom 28. Dezember 1988 bis zum 28. Januar 1989 war der Beschwerdeführer in der Rehabilitationsklinik F._____

wegen seiner koronaren Herzkrankheit hospitalisiert (Arztbericht vom 8. Februar 1989). Die behandelnden Ärzte hielten fest, die Anamnese erwecke den Verdacht auf psychogene Symptombildung, jedoch würden sich beim Patienten keine Konflikte explorieren. Er sei als arbeitsunfähig für die zuletzt ausgeübte, körperlich schwere Tätigkeit entlassen worden. Eine mittelschwere Arbeitsbelastung sei wünschenswert und nach der Meinung des Patienten auch durchführbar. Der Patient könne leichte Arbeiten zweistündig bis unter halbschichtig ausüben. - Der Beschwerdeführer war vom 11. Mai 1989 bis zum 13. Mai 1989 in der Krankenanstalt G._____ hospitalisiert (Arztberichte vom 12. Mai 1989 und vom 17. Mai 1989). Die untersuchenden Ärzte diagnostizierten eine koronare Herzkrankheit und eine Hypercholesterinämie. - Dem ärztlichen Gutachten der Landesversicherungsanstalt B._____ vom 30. November 1989 sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen: Durchblutungsstörungen des Herzens mit Anteroseptalinfarkt im September 1988, Übergewicht, Fettstoffwechselstörung, starke Hörminderung rechts, Neigung zu Allergien und passagere Halbseitensymptomatik links seit 1986. Im Weiteren wurde ausgeführt, ob die rasche Ermüdbarkeit körperlich begründet oder auf unbewusste Ängste zurückzuführen sei, müsse dahingestellt bleiben. Die etwaigen psychischen Störungen könne der Beschwerdeführer auch mit zumutbarer Willensanstrengung nicht überwinden. Möglichweise könne der Beschwerdeführer seine Halbtagsstelle behalten. Vielleicht bessere sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit nach einer Bypass-Operation. Es wurde eine Berentung für zwei Jahre wegen Berufsunfähigkeit empfohlen. - Der Hausarzt Dr. med. H._____ berichtete am 28. September 1989, aufgrund einer gravierenden koronaren Herzkrankheit könne sein Patient keine körperlich schwere Arbeiten mehr ausführen. Auf Anfrage teilte er der IV-Stelle S._____ am 14. März 1990 und 14. Juni 1990 mit, der Versicherte leide an koronarer Ein-Gefässerkrankung, arterieller Hypertonie, Hypertriglyceridämie und Adipositas und sei in der Zeit vom 5. September 1988 bis zum 12. März 1989 zu 100% und ab 13. März 1989 zu 50% als Schreibkraft arbeitsunfähig gewesen. Sein Patient rauche seit September 1988 nicht mehr. - Das Kantonsspital S._____ berichtete am 6. Februar 1990 und am 10. Oktober 1990, der Beschwerdeführer habe seit 1985 Thoraxschmerzen und Atemnot bei Anstrengung. 1986 habe er bei einem Anfall eine unvollständige Lähmung der linken Körperseite erlitten, welche sich zurückgebildet habe. 1988 habe er einen schweren Anfall von Angina pectoris gehabt. Im November 1988 und im Mai 1989 sei eine Koronarangiographie durchgeführt worden, welche eine proximale Stenose des Raumes interventricularis anterior der linken Kranzarterie, eine weitere Stenose distal in derselben Arterie, sowie eine dritte Stenose in der rechten Kranzarterie ergeben habe. Als Diagnosen wurden aufgeführt: Hypertonie (bekannt seit 1986), koronare Herzkrankheit (bekannt seit 1985), chronische, stabile Angina pectoris, Koronarangiographisch multiple Stenosen des Raumes ventricularis anterior der linken Kranzarterie und der rechten Kranzarterie, Hyperlipoproteinämie (behandelt) und Adipositas. Dem Beschwerdeführer wurde eine 100% Arbeitsfähigkeit als Portier attestiert. - Im Rehabilitationszentrum R._____ für Herz- und Kreislaufkranke wurde beim Beschwerdeführer am 2. Februar 1990 eine kardiologische Untersuchung und am 12. März 1990 eine Rechtsherzeinschwemmkatheteruntersuchung durchgeführt und festgestellt, es bestünden Hinweise für eine mögliche Koronarinsuffizienz bei Koronararteriosklerose, arterieller Hypertonie, Hyperlipidämie, Übergewicht und Nikotinabusus (eingestellt).

E. 5.2

Im Verfügungszeitpunkt vom 3. Mai 2012 lagen die folgenden ärztlichen Unterlagen vor: - Der Beschwerdeführer war vom 23. April 2001 bis zum 8. Mai 2001 hospitalisiert zwecks

Bypass-Operation (Vorakten 49). Am 26. Februar 2008 (Vorakten 44) und 27. Februar 2008 (Vorakten 47 und 63/58) berichteten die untersuchenden Ärzte des Herzzentrums B._____, der Beschwerdeführer leide an einer koronaren Dreifässerkrankung mit linker Hauptstammstenose und funktionstüchtigen Bypässen. Es wurde eine medikamentöse Behandlung empfohlen. - Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, berichtete am 21. Dezember 2001 (Vorakten 46) von einem chronischen Vertigo (Schwindel) mit Verdacht auf paroxysmalen Lageschwindel bei Funktionsstörung des Gleichgewichtsorgans. Bei stärkerer Belastung (Treppensteigen) trete eine Belastungsdyspnoe ein. Das Herz sei linkskonfiguriert mit radiologisch nachgewiesener Linksherzvergrößerung und kompensierter Linksherzinsuffizienz. Unter starken physischen oder psychischen Belastungen entstünden Angina Pectoris-Beschwerden. Er berichtete am 2. Dezember 2011 vom Autounfall, welchen der Beschwerdeführer am 9. Juli 2010 erlitten hatte und die darauffolgende stationäre Behandlung im Krankenhaus (Vorakten 63/29). Am 12. August 2011 hielt er fest (Vorakten 33), der Beschwerdeführer leide an koronarer Herzkrankheit, Hypertonus, Divertikulose, Zustand nach Platzbauch nach Verkehrsunfall. Eine Erwerbsunfähigkeitsberentung des Patienten sei unumgänglich. - Die behandelnden Ärzte der S._____ GmbH berichteten am 1. September 2009 (Vorakten 63/48) und am 30. September 2009 (63/46), der Beschwerdeführer leide an Lageschwindel, koronarer Herzkrankheit mit Zustand nach zweifachem arteriokoronarem Venenbypass (ACVB) und Zustand nach zweifachem Myokardinfarkt 1987 und 1996, sowie Adipositas. Es wurde eine kardiologische und neurologische Abklärung empfohlen. - Dr. med. I._____, Neurologe, diagnostizierte am 26. November 2009 (Vorakten 63/44) eine Meralgia links und eine Irritation des Ramus cutaneus femoris lateralis links. - Dr. med. J._____ der Gemeinschaftspraxis für Radiologie untersuchte den Beschwerdeführer am 3. Dezember 2009 (Vorakten 63/55) und schloss eine Pneumonie aus. Es zeige sich eine mässige altersentsprechende Veränderung der Brustwirbelsäule. Am 9. März 2012 (Vorakten 63/51 und 63/50) berichtete er von bilateral erheblich vergrössertem Cor mit Zeichen der zentralen pulmonalen Stauung, ohne Pleuraerguss. - Am 9. Juli 2010 erlitt der Beschwerdeführer einen Autounfall und wurde in die S._____ GmbH gebracht (Vorakten 48, 63/39, 63/31, 63/26, 63/23, 63/22, 63/21, 63/20, 63/11, 63/9). Die Ärzte diagnostizierten eine Risswunde am linken Ellenbogen mit Fremdkörper einschluss, multiple Hämatome, besonders linke untere Extremität, eine koronare Herzkrankheit mit Bypassanlage in der Vorgeschichte, eine Milzkontusion ohne Zeichen einer aktiven Blutung, eine Kontusion des rechten Unterbauches, eine kleine Randabsprengung des Querfortsatzes beim dritten Lendenwirbelkörper links und eine Hypokaliämie. Am 13. Juli 2010 wurde der Beschwerdeführer aus dem Klinikum entlassen und musste am 21. Juli 2010 wegen postoperativem Platzbauch notfallmässig operiert werden. Am 28. August 2010 wurde er wieder entlassen. Zurück sei eine grosse Bauchwandhernie geblieben, welche erst sechs Monate nach Entlassung operativ entfernt werden könne. Vom 19. September 2011 bis 3. Oktober 2011 (Vorakten 50, 63/7, 63/5, 63/2) war der Beschwerdeführer wieder hospitalisiert. Es wurde eine Bauchdeckenrekonstruktion und eine Ileumsegmentresektion durchgeführt. In gutem Zustand habe der Beschwerdeführer am 3. Oktober 2011 entlassen werden können. Er müsse während drei Wochen körperliche Belastung, insbesondere das Heben von schweren Lasten, meiden. - Dr. med. K._____ der Gemeinschaftspraxis für Radiologie berichtete am 1. Dezember 2011 (Vorakten 63/43), der Beschwerdeführer leide an Kreuzschmerzen, die beidseits in die Waden ausstrahlen würden, an diskreter s-förmiger Skoliose der Lendenwirbelsäule, mässiggradig ausgeprägter Spondylose und gering bis

mässiggradig ausgeprägter generalisierter Spondylarthrose. Es würden kein Bandscheibenvorfall und keine spinale Enge vorliegen. Die Neuroforamina intervertebralia L 4/5 sei beidseits beginnend eingeengt. Keine intraspinale Raumforderung, gewohnte Darstellung des Konsus medullaris und der Cauda equina. Die paravertebralen Weichteile seien unauffällig dokumentiert. - Dr. med. I. _____ diagnostizierte am 13. Januar 2012 (Vorakten 63/52) einen Zustand nach dreifacher Myocardrevascularisation (ICD-10: Z95.1), eine koronare Dreifässerkrankung (ICD-10: I25.13), eine arterielle Hypertonie (ICD-10: I10.90) und eine rechtsventrikuläre Dysfunktion (ICD-10: I50.01). - Die untersuchenden Ärzte des Universitätsklinikums F. _____ diagnostizierten am 3. Februar 2012 (Vorakten 63/62) eine kombinierte Schwerhörigkeit rechts nach Radikalhöhlenanlage 1965 in domo und rezidivierenden Drehschwindel ohne Anhalt für periphervestibuläre Genese. Die Vorinstanz legte die obgenannten medizinischen Akten ihrem medizinischen Dienst vor. Dr. med. E. _____, Fachärztin FMH für innere Medizin, nahm am 11. Februar 2012 Stellung (Vorakten 59) und führte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: koronare Herzkrankheit mit Status nach Myokardinfarkten in den Jahren 1987 und 1996 und Status nach dreifacher A-C-Bypassoperation im Jahre 2001, Status nach stumpfem Bauchtrauma nach Verkehrsunfall im Juli 2010, mit späterem Platzbauch und Sanierung einer grossen abdominalen Narbenhernie im September 2011. Als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine arterielle Hypertonie aufgeführt. Der Beschwerdeführer sei ab 9. Juli 2010 zu 20% arbeitsunfähig. Zur Begründung wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer bestünden deutliche Einschränkungen für körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten nach Bauchtrauma und grosser Narbenhernienoperation sowie wegen bekannter koronarer Herzkrankheit. Da der Versicherte eine sitzende Tätigkeit als kaufmännischer Angestellter ausübe, bestehe nur eine geringgradige Einschränkung. Ergänzend hielt Dr. med. E. _____ am 21. April 2012 fest (Vorakten 66), der Beschwerdeführer habe nach einer Operation im September 2011 nach einer Bauchdeckenrevision wegen grosser abdominaler Narbenhernie aufgehört zu arbeiten. Nach dem relativ schweren Unfall mit Bauchtrauma am 9. Juli 2010 habe der Beschwerdeführer jedoch am 29. Januar 2011 seine Arbeit als kaufmännischer Angestellter wieder aufgenommen. Die Operation im September 2011 sei problemlos verlaufen, weshalb keine erkennbare gesundheitliche Verschlechterung ab diesem Datum ersichtlich sei. Offenbar habe der Beschwerdeführer täglich viele Medikamente einnehmen müssen, bei bekannter koronarer Herzkrankheit und Hypertonie, wobei dies keine sehr relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausmache. Deshalb bleibe es bei ihrer Beurteilung, wonach der Beschwerdeführer zu 20%, maximal 30%, ab 9. Juli 2010 arbeitsunfähig sei.

E. 5.3

Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer die folgenden zusätzlichen ärztlichen Berichte ein: - Gemäss Arztbericht vom 24. Oktober 1996 war der Beschwerdeführer in der Zeit vom 21. Oktober 1996 bis zum 24. Oktober 1996 im Herzzentrum B. _____ hospitalisiert (act. 1/31), wo eine koronare Herzkrankheit diagnostiziert wurde. Von 4. April 2001 bis 11. April 2001 (act. 1/30) war der Beschwerdeführer wegen einer Alltags-Angina-Pectoris hospitalisiert. Es wurde eine Dreifässerkrankung diagnostiziert. - Dr. med. L. _____ untersuchte den Beschwerdeführer am 9. Oktober 2002 (act. 1/26) und hielt fest, aufgrund nächtlicher pektanginöser Beschwerden müsse von einer Koronarinsuffizienz ausgegangen werden. - In den Arztberichten der Dres. med. M. _____ und N. _____, innere Medizin, vom 21. Februar 2008 (act. 1/42), 11. Februar 2010 (act. 1/36), 9. August 2011 (act. 1/44), 19.

September 2011 (act. 1/43), 13. Januar 2012 (act. 1/35) und 16. März 2012 (act. 1/32) wurden folgende Diagnosen aufgeführt: Ausschluss von Belastungskoronarinsuffizienz (ICD-10: I20.8), Ausschluss einer ischämischen Kardiomyopathie (ICD-10: I25.5), Zustand nach dreifacher Myocardrevascularisation (ICD-10: Z95.1), Dispnoe (ICD-10: R06.0), koronare Dreifässerkrankung (ICD-10: I25.13), rechtsventrikuläre Dysfunktion (ICD-10: I50.01) und arterielle Hypertonie (ICD-10: I10.90). - Dr. med. K._____ berichtete am 10. September 2009 (act. 1/40), das Kernspintomogramm der Lendenwirbelsäule habe eine leichte Spondylarthrose der unteren Lendenwirbelsäule ergeben. Am 11. April 2012 hielt er fest, es bestünden keine Verdachtshinweise auf Arnold-Chiari-Malformation (act. 1/58). - Der Beschwerdeführer wurde am 21. Juli 2010 (act. 6/2, 6/3), am 3. August 2010 (act. 6/4) und am 23. August 2010 (act. 6/5) am Bauch operiert. Die Voruntersuchung für die Bauchwandrekonstruktion fand am 14. Juni 2011 statt (act. 6/6). Dr. med. O._____ führte beim Beschwerdeführer mit Operation vom 20. September 2011 (act. 6/7) eine Bauchwandrekonstruktion durch. - Dr. med. P._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, berichtete am 28. März 2012 (act. 1/64), der Beschwerdeführer leide an vertebrogenem Schwindel (ICD-10: R42), Halswirbelsäulensyndrom bei Spondylarthrose und Foramenstenose (ICD-10: M54.2). Der Schwindel werde durch eine Hyperextensionsbewegung der Halswirbelsäule ausgelöst, dabei komme es zu einer Veränderung der Neuroforamen. Therapeutisch habe er die Vermeidung von Hyperextension der Halswirbelsäule empfohlen. - Am 29. März 2012 berichteten die untersuchenden Ärzte der Nervenarztpraxis A._____ (act. 1/65) von einer depressiven Verstimmung (ICD-10: F32.9) und vom Verdacht auf eine orthostatische Dysregulation (ICD-10: I95.1). Es bestehe kein Lagerungsschwindel. Möglich sei eine Kombination aus multipler kreislaufwirksamer Medikamente und zentral sedierender Medikation. - Der Beschwerdeführer wurde am 2. April 2012 mit einem Hörgerät versorgt (act. 1/60-63). Die Vorinstanz legte die neu eingereichten medizinischen Akten ihrem medizinischen Dienst vor. Dr. med. E._____ hielt am 19. August 2012 fest (Vorakten 74), die ärztlichen Berichte würden als neue Diagnose einen vertebrogenen Schwindel beim Blick nach oben aufführen. Ausserdem müsse die kardiologische Situation immer wieder kontrolliert werden, bei allerdings intakter linksventrikulärer Funktion und fehlendem Ischämienachweis. Der Beschwerdeführer brauche immer wieder diverse ärztliche Kontrollen, regelmässige kardiologische Kontrollen und müsse mehrere Medikamente einnehmen. Eine Arbeitsunfähigkeit von 40% ab September 2011 (vor grosser abdominaler Narbenhernienoperation/ Bauchwandrekonstruktion) als kaufmännischer Angestellter mit sitzender leichter Tätigkeit sei gerechtfertigt. Am 25. Februar 2013 gab sie an, die Operationsberichte würden nichts Neues ergeben. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit von 40% sei ab März 2012 und nicht bereits ab September 2011 gegeben (act. 11).

E. 6.1

Der Beschwerdeführer litt im Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 19. April 1991) an Hypertonie (bekannt und behandelt sei 1986), koronarer Herzkrankheit im Sinne einer chronischen stabilen Angina pectoris (bekannt und behandelt seit 1985), Hyperlipoproteinämie (behandelt) und Adipositas. Trotz dieser Beschwerden arbeitete er ab 1. April 1990 bei seinem damaligen Arbeitgeber als Portier/Kontrolleur (vgl. act. 21).

E. 6.2

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung litt der Beschwerdeführer an: Schwerhörigkeit, welche mit einem Hörgerät korrigiert wurde (Vorakten 72), depressiver Verstimmung

(ICD-10: F32.9; Vorakten 71/2), Zustand nach Bauchwandrekonstruktion (act. 6/7), chronischer Vertigo (Vorakten 46) bzw. Lageschwindel (Vorakten 63/46) bzw. rezidivierendem Drehschwindel (Vorakten 63/62) bzw. vertebrogenem Schwindel (ICD-10: R42; act. 1/64), Halswirbelsäulensyndrom bei Spondylarthrose, Foramenstenose (ICD-10: M54.2; act. 1/64), Zustand nach dreifacher Myocardrevascularisation (ICD-10: Z.95.1, act. 1/64, Vorakten 63/52), koronarer Dreifässerkrankung (ICD-10: I25.13, act. 1/64, Vorakten 44, 47, 63/52), arterieller Hypertonie (ICD-10: I10.90; act. 1/64, Vorakten 63/52), Zustand nach zweifachem Myokardinfarkt (Vorakten 63/48, 63/46), diskreter s-förmiger Skoliose der Lendenwirbelsäule (Vorakten 63/51, 63/50), mässiggradig ausgeprägter Spondylose (Vorakten 63/51, 63/50), gering- bis mässiggradig ausgeprägter generalisierter Spondylarthrose (Vorakten 63/51, 63/50) und rechtsventikulärer Dysfunktion (ICD-10: I50.01). Seit dem Referenzzeitpunkt kamen somit diverse neue Leiden dazu. Es ist daher nicht ausgeschlossen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers rentenrelevant verschlechtert hat.

E. 7.1

Die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 3. Mai 2012 stützt sich auf die Stellungnahmen ihres ärztlichen Dienstes vom 11. Februar 2012 und vom 21. April 2012.

E. 7.1.1

Wie bereits dargelegt wurde (E. 4.7.5 hiervor), kann auf die Stellungnahme des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Der medizinische Dienst der IVSTA, Dr. med. E._____, verfügt über den Facharzttitel der inneren Medizin, jedoch nicht über den Facharzttitel der Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie. Somit stellt sich die Frage, ob sich Dr. med. E._____ auf schlüssige und nachvollziehbare medizinische Beurteilungen von entsprechenden Fachärzten stützen konnte.

E. 7.1.2

Der Beschwerdeführer leidet an multiplen Beschwerden. Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen - wie vorliegend insbesondere internistische, orthopädische, neurologische und psychiatrische Leiden - ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen und der Grad der Arbeitsfähigkeit jeweils aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden fachärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-921/2013 vom 28. April 2014 E. 6.3 mit Hinweisen). Die aktenkundigen fachärztlichen Berichte beinhalten aber keine in diesem Sinne zuverlässige bzw. schlüssig und nachvollziehbar begründete Gesamtbeurteilung, vielmehr sind sie monodisziplinäre Expertisen.

E. 7.1.3

Hinzukommt, dass den aktenkundigen fachärztlichen Berichten keine Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit nach dem Referenzzeitpunkt zu entnehmen sind, welche über die stationären Spitalaufenthalte hinausgehen würden. Einzig Dr. med. H._____ hält in seinem Bericht vom 12. August 2011 fest (Vorakten 33), eine Erwerbsunfähigkeitsberentung sei unumgänglich, ohne dies jedoch näher zu begründen.

E. 7.1.4

Dr. med. E. _____ konnte sich somit auf keine polydisziplinäre Gesamtbeurteilung von Fachärzten stützen. Da sie selber nicht über sämtliche vorliegend relevanten Qualifikationen verfügt, kann auf ihr Leistungskalkül, wonach der Beschwerdeführer ab 9. Juli 2010 zu 20%, maximal 30%, und ab September 2011 bzw. ab März 2012 zu 40% arbeitsunfähig sei, nicht abgestellt werden. Damit ergibt sich, dass die aktenkundigen ärztlichen Berichte keine ausreichende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung enthalten, auf welche die Anspruchsbeurteilung abgestützt werden könnte.

E. 7.1.5

Abschliessend bleibt anzumerken, dass die Annahme eines psychiatrischen Gesundheitsschadens eine fachärztlich nach einem anerkannten wissenschaftlichen Klassifikationssystem, etwa der International Classification of Diseases (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), spezifizierte Diagnose voraussetzt. Ein in diesem Sinne fachgerecht diagnostiziertes psychisches Leiden kann zudem nur beim Vorliegen bestimmter Kriterien, namentlich einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer, eine zur Invalidität führenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben. Die untersuchenden Ärzte der Nervenarztpraxis A. _____ diagnostizierten am 29. März 2012 eine depressive Verstimmung und verwendeten den ICD-10 Code F32.9. Die Diagnose ICD-10 F32.9 bedeutet eine nicht näher bezeichnete depressive Episode, das heisst, der Schweregrad der depressiven Episode ist nicht ersichtlich, womit auch nicht feststeht, ob die psychischen Beschwerden einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben.

E. 7.2

Angesichts der vorstehenden Darlegungen ist im Ergebnis festzuhalten, dass auf die Leistungseinschätzung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz nicht abgestellt werden kann. Zum einen verfügt Dr. med. E. _____ nicht über die notwendigen fachärztlichen Qualifikationen in Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie, zum anderen beinhalten die zugrunde liegenden aktenkundigen fachärztlichen Berichte weder eine zuverlässige multidisziplinäre Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers noch schlüssige Feststellungen zum Beginn und Grad der Arbeitsunfähigkeit.

E. 8

Zusammenfassend ist festzustellen, dass mangels einer zuverlässigen, sämtliche relevanten Leiden umfassenden medizinischen Gesamtbegutachtung und mangels einem schlüssigen Leistungskalkül es dem Bundesverwaltungsgericht nicht möglich ist, aufgrund der Akten mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Die Vorinstanz hat somit den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Da aufgrund der erstmals vorzunehmenden polydisziplinären Begutachtung in neurologischer, internistischer, orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht und einer Gesamtbeurteilung der Restarbeitsfähigkeit auch zusätzliche, bisher vollständig ungeklärte Fragen betroffen sind, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz zu ergänzender Abklärung nichts entgegen (BGE 137 V 210 E. 4.4.1). Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen (Art. 61 Abs. 1 VwVG), damit eine pluridisziplinäre medizinische Begutachtung in neurologischer, internistischer, orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht bei Spezialärzten (und/oder Spezialärztinnen) durchgeführt werden

kann. Diese Untersuchungen können in der Schweiz oder in Deutschland durchgeführt werden. Im Rahmen dieser Abklärungen sind die Fragen hinsichtlich der Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers und hinsichtlich ihres bisherigen Verlaufs abzuklären und ein rechtsgenügendes Zumutbarkeitsprofil erstellen zu lassen. Nach Vorliegen des entsprechenden gutachterlichen Berichtes hat die Vorinstanz eine neue Verfügung zu erlassen.

E. 9

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

E. 9.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E 6). Der unterliegenden Vorinstanz sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG und Art. 6 Bst. B des Reglementes vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR. 173.320.2]).

E. 9.2

Weder der nicht anwaltlich vertretene obsiegende Beschwerdeführer noch die unterliegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 und 3 VGKE). Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

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