

# **BVGer C-29/2014 vom 25. Mai 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-05-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-29\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-29_2014)

FR: TAF C-29/2014 du 25 mai 2016

IT: TAF C-29/2014 del 25 maggio 2016

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Verfügungen der IVSTA unterliegen der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht (Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]; Art. 31 ff. VGG). Der Beschwerdeführer ist als Verfügungsadressat zur Anfechtung legitimiert (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die frist- und formgerechte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 1.2**

Das Verfahren richtet sich subsidiär nach dem VwVG, soweit nicht das VGG etwas anderes bestimmt oder Bestimmungen des ATSG bzw. des IVG anwendbar sind (Art. 37 VGG; Art. 3 Bst. dbis VwVG; Art. 1 Abs. 1 IVG). In formell-rechtlicher Hinsicht finden grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (vgl. BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 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. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger. Ungeachtet des Freizügigkeitsabkommens (FZA, SR 0.142.112.681) ist schweizerisches Recht anzuwenden. Die Schweizer Behörden sind sodann grundsätzlich nicht an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte gebunden. Auch aus dem Ausland stammende Beweismittel unterstehen der freien Beweiswürdigung (vgl. Urteil des BVGer B-5261/2012 vom 13. August 2014 E. 4.1 m.H.).

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung (hier: 13. Dezember 2013) eingetretenen Sachverhalt ab. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügung sein (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1 sowie BGE 121 V 362 E. 1b je m.H.). Die vom Beschwerdeführer im Laufe des Verfahrens eingereichten neuen Arztberichte sind insoweit zu berücksichtigen, als sie Rückschlüsse auf seinen Gesundheitszustand bis zum relevanten Zeitpunkt erlauben (vgl. Urteil des BVGer

C-1307/2013 vom 26. Mai 2015 E. 2.3).

### **E. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind - besondere übergangsrechtliche Regelungen vorbehalten - jene materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Der Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu beurteilen (vgl. BGE 130 V 445). Vorliegend sind daher auch die im Rahmen der 5. IV-Revision (in Kraft seit 1. Januar 2008; AS 2007 5129) und der IV-Revision 6a (in Kraft seit 1. Januar 2012; AS 2011 5659) vorgenommenen Änderungen des IVG, der IVV (SR 831.201) und des ATSG zu beachten. Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des BVGer C-2656/2015 vom 24. Februar 2016 E. 3.4 m.H.).

### **E. 4**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. E. 5.1 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Letzteres Kriterium ist im Falle des Beschwerdeführers erfüllt; wohl hat er in der Schweiz nur während 24 Monaten Beiträge geleistet, doch sind die Versicherungszeiten in Deutschland anzurechnen (vgl. IV act. 47 S. 2; BGE 131 V 390 E. 5 ff.).

### **E. 5.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG); sie 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. Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 5.2**

Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Ein allfälliger Rentenanspruch bestünde ab November 2013 (vgl. IV act. 7 S. 2; 14 S. 9).

### **E. 5.3**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Viertelsrenten werden grundsätzlich nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG); im Falle des Beschwerdeführers gilt letztere Einschränkung indes nicht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 m.H.).

### **E. 5.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung bzw. das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und ggfs. auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Sache der Arztperson ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Zur Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit nimmt die Arztperson Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 m.H.).

### **E. 5.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurde, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 m.H.) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. Urteile des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 sowie 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 je m.H.). Diesen Anforderungen genügende Berichte regionaler ärztlicher Dienste (RAD) können einen vergleichbaren Beweiswert haben wie ein Gutachten (Art. 49 Abs. 2 IVV [SR 831.201]; BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 254 E. 3.2.2).

### **E. 5.6**

Nicht auf eigene Untersuchungen beruhende RAD-Berichte (Art. 49 Abs. 3 IVV) können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Art. 59 Abs. 2bis IVG; Art. 49 Abs. 3 IVV; Urteile des BGer 9C\_858/2014 vom 3. September 2015 E. 3.3.2 f. sowie 9C\_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.1 je m.H.). Ein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung besteht mithin nicht. Eine solche ist indes anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und dem allgemeinen

Tenor im medizinischen Dossier eine relevante Differenz besteht (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 465 E. 4.6; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 N. 41 m.H.).

### **E. 6.1**

Die Vorinstanz beurteilte die gesundheitlichen Einschränkungen und die zumutbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers primär gestützt auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. L. \_\_\_\_\_ und geht davon aus, es liege eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, leichteren Tätigkeit vor (IV act. 43; BVGer act. 10 u. 16). Der Beschwerdeführer macht geltend, er könne keinerlei Arbeit mehr ausüben. Zudem lägen neben der Herzkrankheit diverse weitere Leiden vor (insbesondere: Rückenleiden und psychische Beschwerden). In Deutschland sei ihm eine Rente zugesprochen worden. In der Schweiz sei er nicht von Fachärzten untersucht worden (vgl. Sachverhalt Bst. E, J, L).

### **E. 6.2**

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lagen der Vorinstanz im Wesentlichen folgende medizinischen Akten vor: - Dr. G. \_\_\_\_\_ und Dr. B. \_\_\_\_\_ diagnostizierten am 5. November 2003 einen Bandscheibenprolaps im Segment L4/5 bei Chondrose (IV act. 19); - Im Bericht des Kreiskrankenhauses Lörrach vom 28. April 2007 wurde ein Nicht-ST-Hebungsinfarkt bei diffuser Herzerkrankung diagnostiziert (IV act. 34); - Mit Bericht vom 20. August 2007 stellten Dr. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, und Dr. S. \_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, folgende Diagnosen: koronare Mehrgefässerkrankung; nicht-transmurale Hinterwandnarbe; Echokardiographisch höchstens gering eingeschränkte linksventrikuläre Funktion (IV act. 33); - Im Bericht des Kantonsspitals Liestal vom 15. Mai 2008 sind folgende Diagnosen festgehalten: bekannte koronare 2-Gefäss-Erkrankung, aktuell v.A. instabile Angina pectoris; anamnestisch chronische Lumbalgie; psychosoziale Belastungssituation; latente Hyperthyreose (IV act. 18); - Im Juli 2008 diagnostizierte Dr. A. \_\_\_\_\_ eine Autoimmunthyreoiditis (IV act. 36); - Im Austrittsbericht des Kreiskrankenhauses Lörrach vom 17. September 2010 wird eine rezidivierende, instabile Angina pectoris bei koronarer 2-Gefäss-Erkrankung diagnostiziert; überdies arterielle Hypertonie; Dyslipidämie; latente Hyperthyreose; Partieller Upside-down-stomach; anamnestisch chronische Lumbalgie (IV act. 26); - Der Orthopäde Dr. K. \_\_\_\_\_ der Praxisklinik Rheinfelden stellte am 4. Oktober 2011 folgende Diagnosen: Zervikobrachialgie (Schulter-Arm-Syndrom); Schwindel unklarer Genese; Skoliose; Lordose (IV act. 9); - Im Austrittsbericht des Kreiskrankenhauses Lörrach vom 7. Dezember 2012 werden folgende Diagnosen gestellt: Belastungskoronarinsuffizienz bei 3 Gefäss-KHK; hypertensive Entgleisung bei hypertensiver Herzkrankheit. Nebendiagnosen: Zustand nach latenter Hyperthyreose; Partieller Upside-down-stomach; anamnestisch chronische Lumbalgie (IV act. 8); - Im sozialmedizinischen (Akten-)Gutachten vom 13. Februar 2013 (IV act. 7) stellte die Gutachterin Dr. med. R. \_\_\_\_\_ die Diagnosen gestützt auf den Bericht des Kreiskrankenhauses Lörrach (IV act. 8) und hielt fest, es bestehe ein vollschichtiges Leistungsbild, überwiegend gehend, stehend oder sitzend sowie im Wechselrythmus für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten; - Am 19. März 2013 berichtete Dr. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, über eine Behandlung wegen Angina pectoris Beschwerden (IV act. 6); - Im Entlassungsbericht der Rheintalklinik / Astoria Privatklinik vom 5. Juli 2013 stellten Dr. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, sowie Dr. U. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen: instabile Angina pectoris,

koronare 3 Gefäß-Erkrankung, Zustand nach multiplem Stenting; normale linksventrikuläre Funktion. Leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten seien möglich. Fortan keine Stressoren wie Akkordarbeit oder Nachtschicht, ebenso keine steten Zwangshaltungen (IV act. 13). - Dr. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, sowie Dr. Y.\_\_\_\_\_, berichteten am 8. Juli 2013 über eine Behandlung nach Verdacht auf Progression der Herzerkrankung. Koronarangiographisch sei der Befund unverändert (IV act. 23).

### **E. 6.3**

Sodann reichte der Beschwerdeführer nachträglich folgende Arztberichte ein, welche zu berücksichtigen sind, insofern sie Rückschlüsse auf den hier relevanten Zeitraum zulassen (vgl. E 3.2; gelistet werden Unterlagen, die nicht bereits im Dossier der Vorinstanz enthalten waren): - Der behandelnde Arzt Dr. Z.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, berichtete am 8. Juli 2014, der Beschwerdeführer sei seit 2010 bei ihm in Behandlung und leide unter einer schweren bis sehr schweren instabilen Angina pectoris. Zudem verweise er auf das sozialmedizinische Gutachten mit ausführlicher Diagnoseliste (BVGer act. 12 Beilage 1; Beilage 2: Karteikartenblatt; Beilage 3: Laborblatt); - Mit Stellungnahme vom 4. Juli 2014 führte der Allgemeinmediziner Dr. E.\_\_\_\_\_ gestützt auf die ihm vorgelegten Akten aus, für das Herzleiden erscheine ein Teil-GdB von 50 vertretbar. Betreffend Wirbelsäulenleiden (Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden, Schulter-Arm-Syndrom) bleibe es bei einem Teil-GdB von 20 (BVGer act. 14 Beilage 1).

### **E. 6.4**

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz die anspruchsverneinende Verfügung zu Recht auf die Beurteilung des RAD abgestellt bzw. ob sie den medizinischen Sachverhalt hinreichend abgeklärt hat.

#### **E. 6.4.1**

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie 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 IVG). Auf die Stellungnahme eines versicherungsinternen Arztes kann aber nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügt. Dass der RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_\_ keine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers vorgenommen hat, ist für sich alleine noch kein Grund, seinen versicherungsinternen ärztlichen Bericht in Frage zu stellen, ebenso wenig wie die Tatsache, dass er Allgemeinmediziner ist. Entscheidend ist aber, ob es die medizinischen Akten dem RAD erlauben, sich ein einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen. Der RAD-Arzt muss sich auf hinreichend klare und nicht widersprüchliche Berichte von Fachärzten stützen können und seine Schlussfolgerungen schlüssig darlegen (vgl. E. 5.5 f. sowie Urteil des BVGer C 1940/2015 vom 26. Februar 2016 E. 8.1 m.H.).

#### **E. 6.4.2**

Der RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_\_ stellte im Schlussbericht vom 30. Oktober 2013 als Hauptdiagnose eine instabile Angina pectoris (ICD-10: I20.0) bei koronarer 3 Gefäß-Erkrankung (I25.13) mit Myokardinfarkt in den 90er Jahren,

Nicht-ST-Hebungsinfarkt im April 2007 und 5x Koronarangioplastie und Stenting in verschiedenen Koronargefässen fest. Sodann bestehe folgende Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: hypertensive Herzerkrankung (I11.9); sowie als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Adipositas, Dyslipidämie, Status nach Nikotinabusus, Hypothyreose, partieller upside-down-Magen, chronische Lumbalgie (IV act. 43). In der bisherigen Tätigkeit als Automechaniker sei der Beschwerdeführer ab 25. Oktober 2012 zu 100% arbeitsunfähig, in einer angepassten Tätigkeit bestehe indes eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit. Zu beachten seien funktionelle Einschränkungen: Vermeiden von Tragelasten von über 10kg, Zwangshaltungen, Nachtarbeit und Stress. Auch Schlechtwetter, Feuchtigkeit, Kälte und Hitze sollten gemieden werden (IV act. 43). Mit Stellungnahme vom 10. Juni 2014 legte Dr. L. \_\_\_\_\_ dar, trotz ausgeprägter Herzkrankheit seien durchgehend ein normaler klinischer Status und ein normaler Echokardiographie-Befund festgestellt worden. Die Angina pectoris könne behandelt werden. Die sozialmedizinische Gutachterin attestiere eine vollschichtige Verweistätigkeit (BVGer act. 10). Am 26. August 2014 nahm Dr. L. \_\_\_\_\_ Stellung zu den im Laufe des Verfahrens neu eingereichten Arztberichten (vgl. BVGer act. 16 sowie vorne E. 6.3) und legte dar, im Zeugnis vom 8. Juli 2014 gebe Dr. Z. \_\_\_\_\_ eine versicherungsmässig unbrauchbare Zusammenstellung der Krankengeschichte wieder und äussere sich nicht zur Arbeitsfähigkeit (BVGer act. 12 Beilage 1). Im Arztbericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 4. Juli 2014 seien weder Anamnese, Status noch Verlauf der Krankheit angeführt (BVGer act. 14 Beilage 1).

#### **E. 6.4.3**

Die Feststellungen des RAD-Arztes Dr. L. \_\_\_\_\_ stützen sich einerseits auf das sozialmedizinische Aktengutachten von Dr. R. \_\_\_\_\_ vom 13. Februar 2013. Dieses Gutachten beruht allerdings ebenfalls nicht auf eigenen Untersuchungen und gibt überdies keine Auskunft über die genauen Qualifikationen der Gutachterin (IV act. 7). Andererseits verweist Dr. L. \_\_\_\_\_ auf nicht näher spezifizierte Berichte des Kreiskrankenhauses Lörrach, des Herz-Zentrums Bad Krozingen und der Rheintalklinik / Astoria-Privatklinik Bad Krozingen (E. 6.2). Dr. L. \_\_\_\_\_s Schlussfolgerung, wonach der Beschwerdeführer trotz ausgeprägter Herzkrankheit in einer leidensangepassten Tätigkeit 100 % arbeitsfähig sei, entspricht der Einschätzung der sozialmedizinischen Gutachterin und insbesondere auch jener der behandelnden Ärzte der Rheintalklinik Astoria-Privatklinik vom Juli 2013 (IV act. 13). Die Einschätzung, es sei ein normaler klinischer Status und ein normaler Echokardiographie-Befund festgestellt worden, stützt sich auf Untersuchungen des Kardiologen Dr. I. \_\_\_\_\_ (IV act. 6 S. 2). Der RAD-Arzt konnte sich mithin aufgrund der medizinischen Akten ein vollständiges Bild über das Herzleiden und dessen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers machen (vgl. auch Urteil des BGer 8C\_495/2013 vom 4. September 2013 E. 4.2.1).

#### **E. 6.4.4**

Das Herzleiden des Beschwerdeführers steht im Vordergrund. Allerdings hat er auch ein Rückenleiden. In Deutschland wurde ihm aufgrund einer Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, eines Bandscheibenschadens und eines Schulter-Arm-Syndroms ein Teil-GdB (Grad der Behinderung) von 20 zugesprochen, wobei Dr. E. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 4. Juli 2014 ausführte, die verschiedenen Behinderungen wirkten sich nicht in besonderer Weise ungünstig aufeinander aus, so dass ein Gesamt-GdB von 50 angemessen erscheine (was dem Teil-GdB für das Herzleiden entspricht; vgl. BVGer act. 14 Beilage 1).

Der RAD-Arzt Dr. L. \_\_\_\_\_ hielt diesbezüglich lediglich fest, im Arztbericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ seien weder Anamnese, Status noch Verlauf der Krankheit angeführt, und ging nicht auf die Diagnosen betreffend das Rückenleiden ein (E. 6.4.2). Im Schlussbericht vom 30. Oktober 2013 listete Dr. L. \_\_\_\_\_ als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Lumbalgie (IV act. 43 S. 1); auf diese wird im medizinischen Dossier verschiedentlich hingewiesen (vgl. insb. IV act. 7 S. 2; 18). Der Bericht des Orthopäden Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2011 (IV act. 9) wurde aber weder vom RAD-Arzt Dr. L. \_\_\_\_\_ (IV act. 43 S. 2) noch von der sozialmedizinischen Gutachterin Dr. R. \_\_\_\_\_ - auf deren Folgenabschätzung massgeblich abgestellt wird - berücksichtigt. Dr. K. \_\_\_\_\_ hatte im Röntgenbefund eine mässige Seitverbiegung der HWS, eine verstärkte Lordosierung sowie eine beginnende Spondylose festgestellt (IV act. 9). Der Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ wurde vom RAD-Arzt nicht erwähnt. Es ist aus seinen Stellungnahmen nicht ersichtlich, dass er sich damit auseinandergesetzt hätte, ebenso wenig wie mit den Diagnosen von Dr. E. \_\_\_\_\_ (BVGer act. 14 Beilage 1; BVGer act. 16). Sodann enthält der Entlassungsbericht der Rheintalklinik / Astoria Privatklinik vom 5. Juli 2013 zwar einen kurzen orthopädischen Befund (IV act. 13 S. 5). Es ist aber unklar, ob es sich um eine fachärztliche Untersuchung handelt. Zudem wurde auch hier der Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ offenbar nicht berücksichtigt. Insgesamt verbleiben Zweifel an der Zuverlässigkeit der Auffassung des RAD-Arztes, wonach die Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers dessen Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigten. Dies erscheint zwar durchaus möglich, kann aber aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht zuverlässig beurteilt werden. Die verbleibenden Zweifel sind nicht unerheblich (vgl. E. 5.6) und resultieren primär daraus, dass der RAD-Arzt relevante medizinische Unterlagen nicht gewürdigt und seine Einschätzung nicht hinreichend begründet hat.

#### **E. 6.5**

Gerade bei Gesundheitsschädigungen im Bereich der Orthopädie ist nicht bloss die Diagnose, sondern eine schlüssige qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen von zentraler Bedeutung. Eine eingehende (fachärztliche) klinische Erhebung in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen des Bewegungsapparates ist im Falle des Beschwerdeführers wie dargetan nicht ersichtlich. Aus orthopädischer Sicht kann daher nicht von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden (vgl. Urteil des BVGer C 1940/2015 E. 8.7. m.H. auf Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2). Im Lichte der erwähnten Grundsätze zum Beweiswert von Aktenbeurteilungen versucherungsinterner Ärzte (E. 5.6) kann daher nicht auf die Einschätzung des RAD-Arztes abgestellt werden. Auch die weiteren Unterlagen enthalten nicht eine sämtliche Leiden berücksichtigende, den Beweisanforderungen genügende Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit. Der Invaliditätsgrad lässt sich daher aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Vorinstanz hätte sich daher nicht mit einer Aktenbeurteilung des RAD begnügen dürfen, sondern hätte weitere Abklärungen tätigen müssen.

#### **E. 6.6**

Der interdisziplinäre Charakter der medizinischen Problemlage gebietet es, ein externes, polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass der

Beschwerdeführer eine psychische Problematik geltend macht (BVGer act. 12). Wohl handelt es sich hierbei um ein pauschales Vorbringen; die medizinischen Unterlagen enthalten einzig Hinweise auf eine psychosoziale Belastungssituation (vgl. IV act. 18; Urteil des BGer 8C\_746/2015 vom 3. Februar 2016 E. 2.2; vorne E. 5.1). Dass die Vorinstanz diesbezüglich keine Untersuchung angeordnet hat, wird nicht beanstandet. Indessen ist nun ein Gutachten einzuholen. Dabei sind auch die geltend gemachten psychischen Leiden fachärztlich zu prüfen.

## **E. 7**

Der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt wurde nicht vollständig festgestellt (Art. 43 ff. ATSG; Art. 12 VwVG). Es braucht ergänzende fachärztliche Abklärungen, damit beurteilt werden kann, ob und gegebenenfalls ab wann beim Beschwerdeführer ein anspruchsbegründender Versicherungsfall eingetreten ist. Da es an einer Gesamtbeurteilung fehlt und bisher noch keine gutachterliche Abklärung des Rückenleidens und dessen funktionellen Einschränkungen vorgenommen wurde, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; Urteil des BVGer C-1940/2015 E. 9). Die Beschwerde ist deshalb insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung aller verfügbarer medizinischer Unterlagen eine polydisziplinäre Begutachtung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers (allgemein-medizinisch, kardiologisch, orthopädisch, psychiatrisch) sowie von deren Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Im Rahmen der nachfolgenden Prüfung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer im Oktober dieses Jahres 60 Jahre alt wird (vgl. dazu BGE 138 V 457 E. 3 m.H.). Anschliessend hat die Vorinstanz neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

## **E. 8.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Da der Vorinstanz gestützt auf Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen sind, werden keine Verfahrenskosten erhoben.

## **E. 8.2**

Der nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dispositiv S. 15