

# **BVGer C-3172/2021 vom 28. Mai 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-05-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3172\\_2021\\_d20210528](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3172_2021_d20210528)

FR: TAF C-3172/2021 du 28 mai 2021

IT: TAF C-3172/2021 del 28 maggio 2021

## **Regeste**

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Neuanmeldung, Verfügung der IVSTA vom 28. Mai 2021

## **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. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Kostenvorschuss wurde rechtzeitig geleistet, sodass auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten ist (Art. 60 ATSG; Art 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 28. Mai 2021, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Das erste Leistungsgesuch des Beschwerdeführers wurde mit Verfügung vom 26. Juli 2010 abgewiesen, da zwischen dem Kosovo und der Schweiz keine zwischenstaatliche Vereinbarung bestand und das Sozialversicherungsabkommen mit dem früheren Jugoslawien nicht mehr zur Anwendung gelangte. Am 1. September 2019 trat das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kosovo über Soziale Sicherheit vom 8. Juni 2018 (SR 0.831.109.475.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) in Kraft. Dieses ist vorliegend in zeitlicher, sachlicher und persönlicher Hinsicht anwendbar (vgl. Art. 2 und 3 Sozialversicherungsabkommen). Es hält

C-3172/2021 Seite 5 in Art. 35 Abs. 5 fest, dass über Ansprüche von Personen, deren Rente vor dem Inkrafttreten dieses Abkommens abgelehnt oder festgestellt worden ist, auf Antrag nach diesem Abkommen neu entschieden wird. Die Neufeststellung kann auch von Amtes wegen erfolgen. Die Vorinstanz hat das erste Leistungsgesuch mangels Vorliegens der versicherungsmässigen Voraussetzungen ohne materielle Prüfung des Leistungsanspruchs abgewiesen. Mit der Anmeldung des Beschwerdeführers vom 2. Dezember 2019 folgt die materielle Prüfung mithin erstmalig und es ist im Folgenden der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente Prozessthema.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger der Republik Kosovo, hat dort seinen Wohnsitz und war in der schweizerischen AHV/IV versichert. Nach Art. 4 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates sowie deren Familienangehörige und Hinterlassene in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beurteilt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

### **E. 3.2**

Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 2. Dezember 2019 erfolgten Anmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 1. Januar 2022 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) sind hier primär die Bestimmungen des IVG, der IVV (SR 831.201) und des ATSG (SR 830.1) in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar. Sie werden – soweit nicht anders vermerkt – im Folgenden jeweils in dieser Version zitiert.

C-3172/2021 Seite 6

### **E. 3.3**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 28. Mai 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 4**

Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (vgl. IVSTA-act. 23 S. 4 ff.), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Es bleibt zu prüfen, ob er invalid im Sinne des Gesetzes ist.

### **E. 5.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine

Erwerbs- unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht über- windbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Be- einträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufga- benbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berück- sichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 5.2**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgaben- bereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während ei- nes Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens C-3172/2021 Seite 7 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

### **E. 5.3**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindes- tens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in der bis zum 31. Dezember 2021 gel- tenden Fassung). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG), soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarun- gen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme sieht das Abkommen zwischen der Schweiz und dem Kosovo nicht vor. Von der schweizerischen Invalidenversicherung zugesprochene Viertelsrenten werden weiterhin nicht exportiert (Art. 5 Abs. 1 und 2 Sozialversicherungs- abkommen).

### **E. 5.4**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tä- tigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweis- wertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Be- lange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die be- klagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammen- hänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schluss- folgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Ur- teile des BGer 9C\_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

### **E. 5.5**

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende so- matoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeits- fähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter

Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das

C-3172/2021 Seite 8 tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Nach geänderter Rechtsprechung ist auch bei einem fachärztlich diagnostizierten Abhängigkeitsyndrom nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich dieses auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (BGE 145 V 215). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

## **E. 6**

Die relevante medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

### **E. 6.1**

Zum Verfügungszeitpunkt lagen die folgenden ärztlichen Berichte vor:

#### **E. 6.1.1**

Im Verlaufsbericht des Universitätsspitals P. \_\_\_\_\_ vom 3. November 2000 des Kardiologen Dr. B. \_\_\_\_\_ wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer am 29. Oktober 2000 aus bisher völliger Beschwerdefreiheit heraus einen akuten infero-posterioren Myokardinfarkt erlitten habe. Es sei eine Rapylin-Lyse durchgeführt worden. Im Übrigen seien keine signifikanten Veränderungen der Koronararterien feststellbar. In der rechten Kranzarterie bestehe eine Wandunregelmässigkeit, an deren Stelle ein Thrombus das Ereignis vom 29. Oktober 2000 möglicherweise verursacht habe. Die linksventrikuläre Funktion sei ohne Regionalstörungen erhalten. Die Therapie mittels Aspirin und Betablocker sei beschlossen worden (IV-STA-act. 8).

#### **E. 6.1.2**

Im ärztlichen Bericht des Universitätsspitals C. \_\_\_\_\_ vom 29. April 2004 des Kardiologen Dr. D. \_\_\_\_\_ werden die Diagnosen rezidivierender retrosternaler Schmerz unklarer Genese sowie koronare Herzkrankheit

C-3172/2021 Seite 9 festgehalten. Der Beschwerdeführer klagt kardial über einen diffusen retrosternalen Schmerz mit Ausstrahlung in den Hals, welcher insbesondere bei psychischem Stress auftritt und sich unter Belastung bessert. Ein durchgeführtes Belastungs-EKG habe keine Anzeichen einer Ischämie ergeben, ein Langzeit-EKG habe keinen auffälligen Befund geliefert. Zwecks Behandlung eines differentialdiagnostisch vermuteten Rezidivs der chronischen Gastritis sei eine entsprechende medikamentöse Behandlung begonnen worden (IVSTA-act. 9).

### **E. 6.1.3**

Der ärztliche Bericht des Regionalspitals E.\_\_\_\_\_ vom 6. September 2005 der inneren Medizinerin Dr. F.\_\_\_\_\_ berichtet von rezidivierenden Thoraxschmerzen unklarer Ätiologie. Diese würden seit dem akuten Myokardinfarkt regelmässig auftreten. Der Beschwerdeführer arbeite seit einem Monat wieder und befinde sich in gutem Allgemeinzustand, sei schmerzfrei, normokard und die Herztöne seien rein und ohne Geräusche. Beim Epigastrium und über dem chondrocostalen Übergang links thorakal seien Druckdolenzen festgestellt worden. Die momentane medikamentöse Behandlung sei weiter- und eine ambulante Gastroskopie durchzuführen (IVSTA-act. 11).

### **E. 6.1.4**

Im medizinischen Bericht der Poliklinik R.\_\_\_\_\_ in G.\_\_\_\_\_ des Allgemeinmediziners Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 24. Juli 2015 werden die Diagnosen Zervikobrachialsyndrom und Adipositas festgehalten. Der Beschwerdeführer verfüge seit einer Woche über eine Schwellung der Brust, des Gesichts und des linken Arms. Dies sei begleitet von Schmerzen und Schüttelfrost (IVSTA-act. 61). Eine am 27. Juli 2015 durchgeführte Kontrolle zeigt eine zurückgehende Schwellung und diskrete Schmerzen bei Palpation nach der zuvor beschlossenen medikamentösen Therapie (IVSTA-act. 66).

### **E. 6.1.5**

Im ärztlichen Bericht vom 24. Juli 2015 des Q.\_\_\_\_\_ Spitals I.\_\_\_\_\_ (behandelnder Arzt unbekannt) wird als Diagnose eine nicht näher bezeichnete Arthritis genannt. Der Beschwerdeführer klagt über Schmerzen an der linken Seite des Rückenmarksbereiches, welcher gerötet und geschwollen sei. Das Beschwerdebild mache insbesondere eine antibiotische Therapie notwendig (IVSTA-act. 56). Der am 5. August 2015 erstellte Bericht des Q.\_\_\_\_\_ Spitals I.\_\_\_\_\_ (behandelnder Arzt unbekannt) zur durchgeführten Kontrolluntersuchung äussert sich zur durchgeführten Kontrolluntersuchung dahingehend, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers deutlich gebessert habe und der Laborbefund deutlich verbesserte Werte innerhalb des physiologischen Normbereiches zeige

C-3172/2021 Seite 10 (IVSTA-act. 55). Der medizinische Bericht des Q.\_\_\_\_\_ Spitals I.\_\_\_\_\_ (behandelnder Arzt unbekannt) vom 7. September 2015, welcher anlässlich von weiteren Kontrolluntersuchungen erstellt worden ist, hält einen guten Zustand des Beschwerdeführers fest. Die Werte seien innerhalb des Normbereichs verbessert (IVSTA-act. 62).

### **E. 6.1.6**

Der medizinische Bericht der Poliklinik R.\_\_\_\_\_ in G.\_\_\_\_\_ von Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 26. September 2019 hält folgende Diagnosen fest: – Zervikobrachialsyndrom (M 53) – Essentielle arterielle Hypertonie (I 10) – Benigne Prostatahyperplasie (N 40) – Somatoforme Störungen (F 32) – Adipositas (E 66)

Berichtet wird von seit einigen Jahren bestehenden Schmerzen am Kopf, welche in den Nacken und den linken Arm ausstrahlen sowie einem seit einigen Monaten anhaltenden Engegefühl in der Brust links. Der Beschwerdeführer sei besorgt, betrübt, schlafe schlecht und berichte von Trägheit und Krämpfen im Bein. Sodann wird von Kreuzschmerzen und häufigem Wasserlassen, welches Schwierigkeiten bereite, berichtet. Unter anderem werden weitere Abklärungen beim Radiologen, Urologen und Kardiologen empfohlen (IVSTA-act.

60).

#### **E. 6.1.7**

Der Radiologe Dr. J. \_\_\_\_\_ hält in seinem Bericht vom 26. September 2019 anlässlich des Röntgens der Wirbelsäule fest, dass sämtliche Wirbel eine normale Höhe aufweisen würden und es keine Anzeichen eines Traumas oder Knochenabbaus gebe. Es seien vordere marginale Osteophyten und in der Segmenthöhe C4, C5 und C6 eine subchondrale Sklerose in Form einer Spondylose erkennbar. Das Röntgen der coxofemorale Gelenke lasse keine Anzeichen eines Traumas oder Knochenabbaus erkennen. Die Gelenkräume seien normal breit und frei (IVSTA-act. 58).

#### **E. 6.1.8**

Die urologische Abklärung vom 26. September 2019 bei Dr. K. \_\_\_\_\_ ergab die Diagnosen einer benignen Prostatahyperplasie sowie der hepatischen Steatose. Des Weiteren werden Erektionsprobleme des Beschwerdeführers beschrieben. Es wurde dabei festgehalten, dass die Nieren normale Form und Grösse aufweisen würden. Auf der linken Seite sei ein Konkrement in der Grösse von ca. 6.5 mm festgestellt worden (IVSTA-act. 63).

C-3172/2021 Seite 11

#### **E. 6.1.9**

Der medizinische Bericht der Poliklinik R. \_\_\_\_\_ in G. \_\_\_\_\_ von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2019 hält fest, dass der Beschwerdeführer seit einigen Tagen über Schmerzen am linken Knie klagt. Diese würden sich insbesondere beim Bewegen zeigen. Die eingenommenen Medikamente würden keine Wirkung zeitigen. Es sei eine Kontrolle beim Orthopäden mit Röntgen der beiden Knie geplant (IVSTA-act. 59).

#### **E. 6.1.10**

Gemäss dem Bericht der Poliklinik R. \_\_\_\_\_ in G. \_\_\_\_\_ von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 25. November 2019 berichte der Beschwerdeführer über Schmerzen am linken Knie und seit einigen Tagen auch über Flankenschmerzen. Es wird eine medikamentöse Behandlung und eine weitere Kontrolle empfohlen (IVSTA-act. 57).

#### **E. 6.1.11**

Am 1. Dezember 2019 wurde der Beschwerdeführer notfallmässig ins Generalspital G. \_\_\_\_\_ eingeliefert. Er habe von Schmerzen im Knie und einem Engegefühl und Beklemmung in der Brust berichtet. Das durchgeführte EKG zeige keinerlei Auffälligkeiten (IVSTA-act. 64).

#### **E. 6.1.12**

In der medizinischen Stellungnahme des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 22. Februar 2021 der Allgemeinmedizinerin Dr. L. \_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 75) wurden unter Bezugnahme auf die hievorigen Arztberichte folgende Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt: – Coronare Herzerkrankung (inferoposteriorer Myocardinfarkt, seither atypische Thoraxschmerzen) – Adipositas – Prostatahyperplasie – Nikotinabusus – Knieschmerzen links – Chronische Gastritis – St. n. Infekt Sternoclaviculargelenk

Die RAD-Stellungnahme hält des Weiteren fest, dass der im Jahre 2000 erlittene Herzinfarkt mittels Lyse behandelt worden sei, eine durchgeführte Coronarangiographie normale Coronargefäße zeige und eine Intervention nicht stattgefunden habe. Bezüglich der Thoraxschmerzen sei ein akutes Coronarsyndrom anlässlich mehrerer Notfallkonsultationen jeweils ausgeschlossen worden. Aus kardialer Sicht bestehe kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit über das Akutereignis im Jahre 2000 hinaus und dieses habe damals eine Arbeitsunfähigkeit von einem bis höchstens drei Monate

C-3172/2021 Seite 12 begründet. Die im Jahre 2015 bestehende Arthritis des Sternoclaviculargelenkes links sei mit Antibiotika behandelt worden, was eine Arbeitsunfähigkeit von maximal einem bis zwei Monate begründe. Die festgestellte benigne Prostatahyperplasie stelle keinen Grund für eine Arbeitsunfähigkeit dar. Den unklaren Beschwerden in Kopf, Nacken und Arm lägen keine konkreten klinische Befunde zugrunde. Eine Ausfallsymptomatik werde nicht genannt. Die Halswirbelsäule (HWS) zeige sich anlässlich der durchgeführten Röntgenuntersuchung altersentsprechend normal und mit leichten degenerativen Veränderungen der unteren HWS. Eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei nicht begründbar. Betreffend die Knieschmerzen auf der linken Seite bei Belastung werde als einziger Befund eine endgradig dolente Flexion genannt. Eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei nicht begründbar. Ebenso würden die Adipositas und die arterielle Hypertonie keine Arbeitsunfähigkeit begründen, weshalb ganzheitlich kein Grund für eine IV-relevante Arbeitsunfähigkeit ersichtlich sei.

#### **E. 6.1.13**

Im nach Mitteilung des Vorbescheids eingereichten Bericht der Poliklinik R. \_\_\_\_\_ in G. \_\_\_\_\_ vom 17. März 2021 von Dr. H. \_\_\_\_\_ wird berichtet, dass der Patient seit dem neuen Jahr etwa drei Monate lang unter Kreuzschmerzen leide, die in beide Beine ausstrahlen würden. Dem würden stechende Schmerzen und gelegentlich sogar Krämpfe in beiden Beinen – links besonders ausgeprägt – folgen. Die eingenommenen Medikamente würden keine Wirkung zeigen. Er leide des Weiteren unter Nackenschmerzen, die in Rücken und den linken Arm ausstrahlen würden. Neben den bereits gestellten Diagnosen der Gonarthrose, der arteriellen Hypertonie, dem zervikobrachialen Syndrom sowie der Adipositas wird die neue Diagnose Lumboischialgie gestellt (IVSTA-act. 79).

#### **E. 6.1.14**

In der medizinischen Stellungnahme des RAD vom 18. Mai 2021 von Dr. L. \_\_\_\_\_ wird auf den ärztlichen Bericht von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 17. März 2021 eingegangen. Die darin beschriebene Behandlung wegen einer Lumboischialgie lasse keine Anzeichen für eine allfällige radikuläre Symptomatik erkennen. Die Beschwerden würden höchstens seit drei Monaten bestehen und eine Arbeitsunfähigkeit von über einem Jahr könne nicht glaubhaft gemacht werden (IVSTA-act. 81).

#### **E. 6.2**

Mit Einreichen der Beschwerde hat der Beschwerdeführer weitere ärztliche Berichte vorgelegt (vgl. BVGer-act. 1 und 11, Beilage). Sie enthalten Informationen zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor Verfügungserlass, was der jeweiligen Datierung zu entnehmen ist (vgl. E. 6.2.1–6.2.6 nachfolgend). Sie sind deshalb vorliegend

C-3172/2021 Seite 13 als unechte Noven zu berücksichtigen (vgl. zur Berücksichtigung von unechten Noven Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1 m.H.; MOSER

et. al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3. Aufl. 2022, S. 132 Rz. 2.204).  
Aus diesen ergibt sich das Folgende:

#### **E. 6.2.1**

Dr. M.\_\_\_\_\_ von der internistisch-kardiologischen Ambulanz hält im ärztlichen Bericht vom 15. Januar 2014 beim Beschwerdeführer einen rhythmischen Herzschlag ohne begleitende Geräusche fest. Er beschreibt weiter eine wechselnde, leicht raue Lungenatmung auf beiden Seiten. Das Abdomen auf Höhe des Brustkorbes sei weich und schmerzlos bei oberflächlicher und tiefer Palpation. Es bestünden keine sicheren Zeichen einer koronaren Herzkrankheit. Unter anderem werden die Diagnosen Adipositas und ischämische Herzkrankheit gestellt und eine Konsultation beim Psychiater sowie die Überweisung an die Invalidenkommission empfohlen.

#### **E. 6.2.2**

Der ärztliche Bericht des Gesundheitsministeriums Kosovo vom 16. Januar 2014 des Psychiaters Dr. N.\_\_\_\_\_ bescheinigt dem Beschwerdeführer eine psychosomatische Störung mit depressiven Faktoren. Als Medikation wird unter anderem ein Antidepressivum genannt. Der Beschwerdeführer sei momentan arbeitsunfähig (BVGer-act. 11, Beilage).

#### **E. 6.2.3**

Im ärztlichen Bericht der internistischen Fachambulanz S.\_\_\_\_\_ in G.\_\_\_\_\_ vom 18. Juli 2015 (behandelnder Arzt unbekannt) wird berichtet, dass der Beschwerdeführer über Steifheit im Nacken auf der linken Seite und der Brust sowie über Schmerzen im linken Arm klagt. Diagnostiziert wird ein zervikobrachiales Syndrom (BVGer-act. 11, Beilage).

#### **E. 6.2.4**

Der Bericht des Gesundheitsministeriums Kosovo des Neurologen Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 20. Juli 2015 beschreibt den Beschwerdeführer als bewusstseinsklar und in sowohl zeitlicher als auch räumlicher Hinsicht orientiert. Der Beschwerdeführer weise Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung der linken Hand auf, das Sprechen sei dysphonisch. Es wird eine Dysphonie, eine arterielle Hypertonie und ein zervikobrachiales Syndrom diagnostiziert (BVGer-act. 11, Beilage).

#### **E. 6.2.5**

Im ärztlichen Bericht des Gesundheitsministeriums Kosovo vom 20. Juli 2015 (behandelnder Arzt unbekannt) wird beschrieben, dass die Wirbelsäule des Beschwerdeführers geröntgt worden sei. Die Wirbelkörper befänden sich auf normaler Höhe. Es seien degenerative Veränderungen in Form von Osteophyten und freier Körper von C2-C7 zu erkennen. Die Intervertebralaräume seien nicht verengt. Auf der rechten Seite seien

C-3172/2021 Seite 14 kalzifizierte submandibuläre Lymphknoten zu erkennen (BVGer-act. 11, Beilage).

#### **E. 6.2.6**

Im ärztlichen Bericht des Allgemeinmediziners Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2021 (BVGer-act. 11, Beilage) wird von zahlreichen Konsultationen zwischen dem 27. Juli 2015 und dem 17. März 2021 berichtet. Es seien während dieser Zeit Laboranalysen, EKG und urologische Beratungen durchgeführt worden. Es werden folgende Diagnosen, welche sich weitestgehend mit den bereits dargelegten Berichten (vgl. E. 6.1.4, 6.1.6, 6.1.9, 6.1.10

sowie 6.1.13 vorstehend) decken, gestellt: – [...] Zervikobrachialsyndrom links (M 53) – Zervikale Spondylose (M 47) – Lumboischialgie (M 51) – Gonarthrose links (M 17) – [G]lutartige Prostatavergrösserung (N 40)

Des Weiteren sei der Beschwerdeführer gemäss dem allgemeinmedizinischen Bericht aufgrund der folgenden Leiden therapiert worden: – Essentielle arterielle Hypertonie (I 10) – Somatoforme Störungen (F 32) – Adipositas (E 66)

### **E. 6.2.7**

Unter Bezugnahme auf die mit der Beschwerde zusätzlich eingereichten medizinischen Unterlagen des Beschwerdeführers hält die RAD-Allgemeinmedizinerin Dr. L. \_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 9. November 2021 fest, dass der kardiologische Bericht vom 15. Januar 2014 Stenting und St. n. PTCA, nicht aber entsprechende Daten erwähne. Die Befunde seien normal. Im Bericht von Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2014 werde die Diagnose psychosomatische Störung gestellt, ohne dass andere Angaben vorliegen würden. Die Diagnose des Zervikovertebralsyndroms werde immer wieder genannt, ohne dass je ein Befund festgehalten werde. Die entsprechende Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule sei weitestgehend altersentsprechend. Auf eine Neurokompression bestünden keinerlei Hinweise und es seien bloss leichte degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule zu erkennen. Die antibiotische Behandlung des Beschwerdeführers wegen einer Arthritis des Sternoclaviculargelenkes werde beschrieben, der entsprechende Bericht äussere sich aber weder zur Ursache noch zu den Symptomen des Leidens. Der Bericht schliesst mit der Feststellung, dass eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich nicht schwere Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der Halswirbelsäule nicht begründbar sei. Alle gestellten C-3172/2021 Seite 15 Diagnosen seien bekannt und diskutiert. Eine längere Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit oder im Haushalt sei nicht nachvollziehbar, wobei eine angestammte Tätigkeit nicht definiert worden sei (BVGer-act. 11, Beilage).

### **E. 7.1**

Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, dass sich sein Gesundheitszustand sowohl in somatischer als auch psychischer Hinsicht verschlimmert habe, weswegen seine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit für alle Arbeitstätigkeiten wesentlich gemindert sei. Die Vorinstanz stütze sich bei ihrem abweisenden Entscheid lediglich auf einen Bericht von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 17. März 2021. Die Beurteilung der ärztlichen Kommission der kosovarischen Verbindungsstelle habe sie hingegen aussen vor gelassen. Des Weiteren stellt sich der Beschwerdeführer für eine fachärztliche Untersuchung in der Schweiz zur Verfügung (BVGer-act. 1).

### **E. 7.2**

Demgegenüber hält die Vorinstanz mit Vernehmlassung vom 6. Dezember 2021 an der angefochtenen Verfügung fest. Die beschwerdeweise eingereichten Berichte vom 24. Juli 2015 und 17. März 2021 befänden sich bereits in den Akten und seien bei der Beurteilung durch den RAD mitberücksichtigt worden. Die neu eingereichten medizinischen Berichte vom 15. Januar 2014, 16. Januar 2014, 18. Juli 2015, 20. Juli 2015 und 23. Juni 2021 seien übersetzt dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet worden. Neue Erkenntnisse hätten diese Unterlagen keine hervorgebracht, weshalb es bei der ursprünglichen Beurteilung bleibe. Insbesondere sei ein akutes Koronarsyndrom anlässlich der Konsultationen jeweils ausge-

geschlossen worden und das Röntgenbild der Halswirbelsäule zeige sich altersentsprechend. Die entsprechenden Beschwerden würden sich nicht klinisch äussern (BVGer-act. 11).

## **E. 8**

Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliegt und dem Beschwerdeführer trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung die Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich noch in rentenausschliessender Weise zumutbar ist.

### **E. 8.1**

Vorliegend hat die Vorinstanz kein externes Gutachten eingeholt. Sie stützte sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die versicherungsmedizinischen Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr.

C-3172/2021 Seite 16 L. \_\_\_\_\_ vom 22. Februar 2021 (IVSTA-act. 75), 18. Mai 2021 (IVSTA-act. 81) und dann im Beschwerdeverfahren vom 9. November 2021 (BVGer-act. 11, Beilage), welche wiederum auf die vorliegenden ärztlichen Berichte Bezug nimmt.

#### **E. 8.1.1**

Gemäss Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C\_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

#### **E. 8.1.2**

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\_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die

Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer

C-3172/2021 Seite 17 versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

### **E. 8.1.3**

Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem RAD erlaubten, sich ein Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu machen und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

### **E. 8.2.1**

In somatischer Hinsicht werden dem Beschwerdeführer eine Vielzahl von Diagnosen gestellt. Die behandelnden Ärzte lassen es diesbezüglich bei der blossen Stellung der Diagnose bewenden – verbunden mit einem jeweils äusserst knapp gehaltenen Beschrieb der vom Beschwerdeführer genannten Beschwerden. Eine vertiefte Auseinandersetzung seitens der Ärzte mit dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und den Auswirkungen der Beschwerden auf dessen Arbeitsfähigkeit fehlt in somatischer Hinsicht gänzlich. Insbesondere bleiben die Informationen zu Verlauf, Intensität und Auswirkungen der Gonarthrose, der Arthritis im Sternoclaviculargelenk, der Lumboischialgie sowie der mehrfach genannten Beschwerden im Halswirbelsäulenbereich (Zervikovertebralsyndrom, Zervikobrachialsyndrom sowie HWS-Spondylose) vage und damit unzureichend.

### **E. 8.2.2**

Aus den mit der Beschwerde nachgereichten Arztberichten ergeben sich zudem neue Befunde. Die beschriebenen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in der linken Hand werden aber wiederum nur erwähnt, ohne dass eine Einschätzung zu Intensität und Auswirkungen derselben auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erfolgen würde. Ebenso blieb eine vorinstanzliche Auseinandersetzung diesbezüglich aus.

### **E. 8.2.3**

Ferner zeigt die medizinische Aktenlage eine gewisse Inkonsistenz hinsichtlich der medizinischen Einschätzung der Herzbeschwerden des Beschwerdeführers. Namentlich ist in diesem Zusammenhang zu nennen, dass Dr. D. \_\_\_\_\_ die Diagnose einer koronaren Herzkrankheit stellt, für eine Ischämie hingegen keine Anzeichen sieht (IVSTA-act. 9). Im Gegensatz dazu erkennt Dr. M. \_\_\_\_\_ für eine koronare Herzkrankheit keine sicheren Anzeichen, diagnostiziert hingegen eine Ischämie (BVGer-act. 11, Beilage).

C-3172/2021 Seite 18

### **E. 8.2.4**

Schliesslich wurde in der vorinstanzlichen Einschätzung betreffend die Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers kein ganzheitliches Bild gezeichnet. So fand diesbezüglich vordergründig eine Auseinandersetzung mit den Röntgenbildern des Beschwerdeführers statt, welche als weitestgehend altersentsprechend eingeschätzt worden sind. Detaillierte Ausführungen darüber, wie die gestellten Diagnosen im Rückenbereich (Zervikovertebralsyndrom, Zervikobrachialsyndrom sowie HWS-Spondylose) zu verorten sind, bleiben weitestgehend aus. Dies gilt gleichermassen

für die dokumentierten, seit mehreren Jahren anhaltenden Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm des Beschwerdeführers oder die andernorts festgehaltenen Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine. Inwieweit der Beschwerdeführer vor diesem Hintergrund Arbeiten für körperlich nicht schwere Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der HWS in rentenausschliessender Weise zuzumuten sein sollen, wie dies die RAD-Ärztin festhält (BVGer-act. 11, RAD-Stellungnahme, S. 3), ohne dass sich ein Arzt in den Berichten entsprechend geäussert hätte, bleibt unklar.

### **E. 8.3.1**

In psychiatrischer Hinsicht hat der Psychiater Dr. N.\_\_\_\_\_ die Diagnose einer psychosomatischen Störung mit depressiven Faktoren gestellt. Als einziger Arzt äusserte er sich zudem auch zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und hielt fest, dass der Beschwerdeführer zur Zeit arbeitsunfähig sei. Konkrete Beschreibungen der durchgeführten Untersuchungen sowie eine rechtsgenügende anamnestiche Auseinandersetzung bleiben auch diesbezüglich aus. Aus dem entsprechenden Arztbericht geht jedoch hervor, dass dem Beschwerdeführer das Antidepressivum Calixta (Wirkstoff Mirtazapin) verschrieben worden ist. Dies schliesst eine gewisse Schwere des psychischen Leidens zumindest nicht aus, zumal diese Art Psychopharmaka bei depressiven Störungen indiziert sind (vgl. Psychem- bel, Klinisches Wörterbuch, 269. Aufl., 2023, S. 1113). Die Vorinstanz hat diesen Umstand nicht gewürdigt.

### **E. 8.3.2**

Ebenso ist unklar, wie sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers zum Verfügungszeitpunkt präsentierte. Es ist davon auszugehen, dass sich die der vorinstanzlichen Verfügung zu Grunde liegende Beurteilung in einer rein somatischen Einschätzung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erschöpfte. Dies, obschon zum Verfügungszeitpunkt bereits die Diagnose einer somatoformen Störung (F 32) aktenkundig war und gewisse Anzeichen für ein bestehendes psychisches Leiden des Beschwerdeführers entsprechend vorgelegen haben (vgl. IVSTA-act.

C-3172/2021 Seite 19 60). Weitere Abklärungen durch die Vorinstanz diesbezüglich blieben jedoch aus.

### **E. 8.3.3**

Schliesslich ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer von Erektionsproblemen berichtete, wobei sich aus den Akten nicht eruieren lässt, ob es sich um ein psychisch oder somatisch bedingtes Beschwerdebild handelt.

### **E. 8.4**

Es lässt sich aufgrund der lediglich knappen Aktenlage nicht abschliessen beurteilen, ob die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken und gegebenenfalls in welchem Ausmass. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation besteht, sodass die Diagnose allein keine Schlüsse in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zulässt (vgl. Urteil des BGer 9C\_911/2017 vom 16. März 2018 E. 3.1; BGE 140 V 193 E. 3.1). Eine Arbeitsunfähigkeit resultiert vielmehr aus der Intensität der Symptome und der Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. Urteile des BGer 8C\_391/2013 vom 30. Oktober 2013 E. 5.3.1 und 8C\_362/2010 vom 11. März 2011 E. 4.2.2).

## **E. 8.5**

Nach dem Gesagten erweisen sich die medizinischen Akten in mehrfacher Hinsicht als lückenhaft. Während sich die Aktenlage in Bezug auf die somatischen Beschwerden (insbesondere Bewegungsapparat und Herz) als nicht nur unvollständig, sondern zuweilen gar widersprüchlich zeigt, fehlt in psychiatrischer Hinsicht eine fachärztliche Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gänzlich. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der verschriebenen Psychopharmaka unzureichend. In diesem Zusammenhang fehlt eine gesicherte Diagnose sowie der Schweregrad der psychischen Erkrankung, wodurch im Anschluss wiederum gegebenenfalls ein strukturiertes Beweisverfahren anhand der Indikatoren nach BGE 141 V 281 erforderlichen Grundlagen (vgl. E. 5.5 vorstehend) durchzuführen wäre, um die allfälligen Auswirkungen der Beschwerden auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu bestimmen. Die unvollständigen Abklärungen im psychiatrischen Bereich und die nicht aufgelösten Widersprüche im somatischen Bereich erwecken zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der bereits vorhandenen Abklärungsergebnisse. Die auf einem unvollständig abgeklärten (medizinischen) Sachverhalt beruhenden Stellungnahmen der RAD-Ärztin C-3172/2021 Seite 20 vermögen somit den beweisrechtlichen Anforderungen nicht zu genügen, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann.

## **E. 9.1**

Die angefochtene Verfügung ist gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4).

## **E. 9.2**

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Kardiologie (Herzbeschwerden), Orthopädie (Beschwerden des Bewegungsapparates) und Psychiatrie (somatoforme Störungen mit depressiven Episoden [dies insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281]) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C\_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4). Ebenso wird durch die Vorinstanz zu beurteilen sein, wie mit der beim Beschwerdeführer gestellten Adipositas-Diagnose (115 kg bei einer Grösse von 175 cm, IV-act. 79) vor dem Hintergrund der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Urteil des BGer 8C\_104/2024 vom 22. Oktober 2024) zu verfahren sein wird. Aus gutachtlicher Sicht wird

zu klären sein, ob aus diesem aktenkundigen Übergewicht invalidisierende Einschränkungen resultieren. Sollte dies der Fall sein, wäre zu klären, ob die Arbeitsfähigkeit durch auf Gewichtsreduktion abzielende, zumutbare Massnahmen gesteigert werden könnte.

C-3172/2021 Seite 21

### **E. 9.3**

Die interdisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

### **E. 9.4**

Bei dieser Sachlage ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweise abzusehen. Im Übrigen litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVer C-1005/2021 vom 28. April 2023 E. 6.1).

### **E. 10.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1). Entsprechend sind dem obsiegenden Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 858.72 ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Bankkonto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG)

### **E. 10.2**

Dem nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und

C-3172/2021 Seite 22 Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).