

# **BVGer C-3412/2016 vom 12. Oktober 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-10-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3412\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3412_2016)

FR: TAF C-3412/2016 du 12 octobre 2018

IT: TAF C-3412/2016 del 12 ottobre 2018

## **Regeste**

Rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IVSTA vom 22. April 2016 (Vorakten 112, BVGer act. 1/1), mit welcher das Gesuch des Beschwerdeführers um Ausrichtung einer Rente der schweizerischen Invalidenversicherung abgewiesen wurde.

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern - wie hier - 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 IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.3**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

### **E. 1.4**

Gemäss Art. 59 ATSG 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 nahm als Partei am vorinstanzlichen Verfahren teil. Als Verfügungsadressat ist er durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

### **E. 1.5**

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 und Art. 52 VwVG) eingereicht, womit auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten ist.

### **E. 1.6**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung und des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (vgl. Art. 49 VwVG).

### **E. 1.7**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet ein Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies 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. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Der Beschwerdeführer macht als Gesundheitsschaden insbesondere ein Krebsleiden geltend, welches sich im Januar 2009 erstmals als Zungenkarzinom (Vorakten 17, 30/2f, 31) manifestierte. Damals war bei der Lunge ein Rundherd im linken Lungenoberlappen mit leichter PET-Positivität erkannt worden, welcher sich im November 2014 zu einem Adenokarzinom entwickelte und in der Folge entfernt werden musste (Vorakten 47/1, 48/5, 91 - 96). Hieraus ergibt sich, dass der geltend gemachte Gesundheitsschaden auf die Zeit der Grenzgängertätigkeit im Kanton B.\_\_\_\_\_ zurückgeht. Unter diesen Umständen wäre die kantonale IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ für die Entgegennahme sowie Prüfung der Anmeldung vom 6. Mai 2015 (Vorakten 45) und die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig gewesen, jedoch hat die Vorinstanz die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ für die Abklärungen nicht beigezogen.

### **E. 2.1**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 22. April 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben (echte Noven), sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C\_101/2007 vom 12. Juni 2007 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 118 V 200 E. 3a; Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

### **E. 2.2**

Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Gutachten zur Pflegebedürftigkeit des Beschwerdeführers wurden am 5. Dezember 2017 (BVGer act. 20/1ff.) und damit nach Verfügungserlass erstellt, womit sie echte Noven darstellen und als solche nicht zu berücksichtigen sind. Ebenso unbeachtlich sind die Rentenanmeldung vom 16. Januar 2017 (BVGer act. 14/1) und die Mitteilung der Rentengewährung der Deutschen Rentenversicherung vom 5. April 2017 (BVGer act. 16/1), da auch diese nach Verfügungserlass datieren.

### **E. 2.3**

Soweit sich die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 27. August 2016 (BVGer act. 10/2) und vom 29. Januar 2017 (BVGer act. 14/5) zu den vor Verfügungserlass vom 22. April 2016 erstellten medizinischen Akten äussern, stellen sie keine Noven dar.

#### **E. 2.4.1**

Die Berichte des Universitätsspitals G. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2016 (BVGer act. 8/1), sowie des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 17. November 2016 (BVGer act. 12/1) und vom 10. Januar 2017 (BVGer act. 14/3) sind nach Erlass der vorliegenden angefochtenen Verfügung entstanden und enthalten neue bisher nicht aktenkundige Diagnosen (Wernicke-Enzephalopathie, Verdacht auf Depression, Verdacht auf Hepatopathie, anamnestisch Verdacht auf beidseitige Karotisstenose, majore neurokognitive Störung im Rahmen eines Wernicke-Korsakow-Syndroms, Gangstörung bei Verdacht auf distale sensible Polyneuropathie, rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte depressive Episode).

#### **E. 2.4.2**

Der Beschwerdeführer brachte sinngemäss vor (BVGer act. 12), dass die erheblichen neurokognitiven Störungen bereits zum ursprünglichen Verfügungszeitpunkt vorhanden gewesen seien, jedoch erst nachträglich medizinische Abklärungen zu einer gesicherten Diagnosestellung geführt hätten. Diese neuen Tatsachen seien zu berücksichtigen, da sie geeignet seien, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung zu beeinflussen.

#### **E. 2.4.3**

Die Vorinstanz hielt, gestützt auf die Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 29. Januar 2017 (BVGer act. 14/5), sinngemäss dagegen (BVGer act. 14), das Wernicke-Korsakow-Syndrom sei erst im Juni 2016 festgestellt und im Oktober 2016 diagnostiziert worden, was nach Verfügungserlass gewesen sei, womit diese Gesundheitsbeeinträchtigung im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden könne.

#### **E. 2.4.4.1**

Die Wernicke-Enzephalopathie ist eine Erkrankung des Zentralnervensystems (ZNS), die in der Regel mit chronischem Alkoholabusus in Verbindung gebracht werden kann und letztendlich durch einen Thiaminmangel bedingt ist (vgl. <http://flexikon.doccheck.com/de/Wernicke-Enzephalopathie>). Das Wernicke-Korsakow-Syndrom ist eine ungewöhnliche Form der Amnesie, bei der es sich um die Kombination zweier Krankheitsbilder handelt: eines akuten Verwirrungs Zustands (Wernicke-Enzephalopathie) und einer länger anhaltenden Amnesie (Korsakow-Amnesie). Die Korsakow-Amnesie tritt bei rund 80 Prozent der Betroffenen mit einer unbehandelten Wernicke-Enzephalopathie auf. Das Wernicke-Korsakow-Syndrom kann durch Thiaminmangel (Vitamin B1), bei Alkoholabhängigkeit und Mangelernährung auftreten (vgl. <https://www.msmanuals.com/de/heim/st%C3%B6rungen-der-hirn-,r%C3%BCckenmarks-und-nervenfunktion/funktionsst%C3%B6rung-des-gehirns/wernicke-korsakoff-syndrom>).

#### **E. 2.4.4.2**

Einerseits geht aus dem Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 10. Januar 2017 (BVGer act. 14/3) hervor, dass der Beschwerdeführer im Juni 2016 während drei Wochen nicht mehr richtig ass und schliesslich auch nicht mehr trank, da er dies offenbar vergass, sowie sich im Juni 2016 bei ihm ein vermindertes Gleichgewicht beim Aufstehen und ein wackliger Gang bemerkbar machten. Diese Schilderung weisen eher daraufhin, dass sich die Leiden erst im

Juni 2016 und damit nach Verfügungserlass manifestierten. Andererseits ist dem Bericht des Universitätsspitals G. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2016 zu entnehmen (BVGer act. 8/1), dass der Beschwerdeführer sowie dessen Ehefrau von einer depressiven Episode seit mehreren Monaten berichteten und damit vor Verfügungserlass am 22. April 2016, wobei aus den Akten nicht ersichtlich ist, ob dies ein Symptom der Wernicke-Enzephalopathie bzw. des Wernicke-Korsakow-Syndroms sein könnte oder ein selbstständiges Leiden darstellt. Weiter wies der Beschwerdeführer bereits vor Verfügungserlass einen Vitamin-B-Mangel und Mangelernährung bzw. kachetischen Ernährungszustand auf (vgl. Vorakten 47, 48, 91, 92, 93, 94, 95, 96) und litt gemäss eigenen Angaben an Müdigkeit und Kraftlosigkeit (BVGer act. 1, Vorakten 50) sowie an einer Erkrankung der hirnversorgenden Arterien (vgl. Schreiben Beschwerdeführer vom 18. Dezember 2015 [Vorakten 90/1], Anmerkung des Bundesverwaltungsgerichts: der vom Beschwerdeführer erwähnte Arztbericht fehlt in den Akten). Antriebslosigkeit und Müdigkeit sind neben den Gedächtnisstörungen Symptome des Korsakow-Syndroms (vgl. <http://flexikon.doccheck.com/de/Korsakow-Syndrom>), so dass sich die Frage stellt, ob dies die ersten Anzeichen der Krankheit gewesen sein könnten.

#### **E. 2.4.4.3**

Der medizinische Dienst der IVSTA, Dr. I. \_\_\_\_\_, setzte in seiner Stellungnahme vom 29. Januar 2017 (BVGer act. 14/5) zum Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 10. Januar 2017 (BVGer act. 14/3), den Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit wegen der Wernicke-Enzephalopathie auf den Tag des Spitaleintritts ins Universitätsspital G. \_\_\_\_\_ am 14. Juni 2016 fest und bemerkte, ein Vorliegen entsprechender Symptome vor dem 22. April 2016 sei nicht dokumentiert. Dem Korsakow-Syndrom geht in der Regel eine Entzündung des Gehirns voraus (vgl. <https://www.netdokter.de/krankheiten/korsakow-syndrom/>). Auch der Beschwerdeführer litt zunächst an einer Wernicke-Enzephalopathie (Bericht des Universitätsspitals G. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2016, BVGer act. 8/1), bei welcher es zu Schäden im Gehirn kommt. Wird die Enzephalopathie nicht rechtzeitig behandelt, so kann sie in ein Korsakow-Syndrom münden (<https://www.onmeda.de/krankheiten/korsakow-syndrom.html>), wie dies beim Beschwerdeführer geschah. Es leuchtet nicht ein, dass die Enzephalopathie beim Beschwerdeführer im Juni 2016 erstmals vorgelegen sein und nur wenige Monate später sich daraus ein Wernicke-Korsakow-Syndrom entwickelt haben soll. Dieser rasche Fortschritt der Krankheit und der damit einhergehenden Gehirnschädigung ist ohne weitergehende fachmedizinische Begründung nicht nachvollziehbar, wenn, wie dies vom medizinischen Dienst vorgebracht wurde, davon ausgegangen wird, dass vor Juni 2016 keinerlei Anzeichen vorhanden gewesen sein sollen. Neuropsychologische Berichte, welche sich zum Verlauf der Krankheit äussern und diese Frage klären könnten, sind nicht aktenkundig. Dr. I. \_\_\_\_\_ ist Internist und nicht Neuropsychologe, womit auf seine Beurteilung nicht ohne weiteres abgestellt werden kann. Somit kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilt werden, ob bereits vor dem 22. April 2016 Anzeichen der Wernicke-Enzephalopathie oder gar des Wernicke-Korsakow-Syndroms vorlagen. In internistischer Hinsicht hielt Dr. I. \_\_\_\_\_ fest, der Leberschaden und die Schilddrüsenunterfunktion seien nicht aktenkundig, was dahingehend zutrifft, dass keine entsprechenden Diagnosen in den vorliegend vorhanden Arztberichten aufgeführt sind, jedoch sind Laborwerte in den Akten (Vorakten 100), welche zu hohe Leber- und Schilddrüsenwerte enthalten (zu hoher Leberwert [GPT ALT 175], vgl. <https://www.netdokter.de/laborwerte/gpt/>; zu hoher Schilddrüsenwert [TSH 13.2], vgl.

<https://www.netdoktor.de/laborwerte/schilddruesenwerte/tsh-wert/>). Da sich Dr. I. \_\_\_\_\_ nicht zu den aktenkundigen Laborwerten äusserte, ist davon auszugehen, dass ihm diese Werte von der Vorinstanz nicht vorgelegt wurden und somit seiner Aussage, wonach in den Akten keine Hinweise auf Leber- und Schilddrüsenerkrankungen zu finden seien, nicht ohne weiteres gefolgt werden kann. Anderweitige fachärztliche Arztberichte zu dieser Frage liegen nicht vor.

#### **E. 2.4.5**

Zusammenfassend ergibt sich, dass aufgrund der aktenkundigen Laborwerte, welche die Vorinstanz offensichtlich nicht an Dr. I. \_\_\_\_\_ weitergeleitet hat, nicht ausgeschlossen werden kann, dass bereits vor Verfügungserlass eine Leber- und Schilddrüsenerkrankung vorlag, jedoch diese Frage mangels anderweitiger internistischer Arztberichte nicht abschliessend geklärt werden kann. Weiter ist mangels psychiatrischem Gutachten nicht klar, ob die psychischen Beschwerden bereits vor Verfügungserlass oder danach auftraten. Zudem ist eine abschliessende Beurteilung der Frage, ob sich die Wernicke-Enzephalopathie und das Wernicke-Korsakow-Syndrom erst im Juni 2016 und damit nach Verfügungserlass oder bereits früher manifestierten, mangels Einschätzung von Fachärzten der Neuropsychologie, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich, so dass nicht festgestellt werden kann, ob die medizinischen Unterlagen, welche nach Verfügungserlass erstellt wurden, Noven sind oder nicht. Diese Frage kann vorliegend jedoch offen gelassen werden, da die Sache, wie im materiellen Teil dieses Urteils zu zeigen sein wird (vgl. insbesondere E. 6.2 hiernach), bereits mangels Veranlassung eines polydisziplinären Gutachtens mit Gesamtbeurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit, an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung zurückzuweisen ist.

#### **E. 3.1**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 22. April 2016 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

#### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, weshalb vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG).

##### **E. 3.2.1**

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer

und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

### **E. 3.2.2**

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

### **E. 3.2.3**

Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Dies trifft im Verhältnis der Schweiz zu den einzelnen EU-Mitgliedstaaten nicht zu, weshalb die Frage des Anspruches auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beurteilen ist (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

### **E. 4.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (vgl. Art. 7 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 (vgl. Art. 6 ATSG).

### **E. 4.2**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. 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**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten vorbehaltlich abweichender staatsvertraglicher Regelungen nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (vgl. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG).

#### **E. 4.4**

Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Hiernach haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, 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). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht. Die Rente wird vom Beginn des Monats, in dem der Rentenanspruch entsteht, ausbezahlt (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG).

#### **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 Invalidenversicherungsverfahren 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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2; BGE 132 V 93 E. 4; BGE 125 V 256 E. 4).

#### **E. 4.6**

Bei Grenzgängern prüft die kantonale IV-Stelle (vorliegend die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_) die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (vgl. 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) bzw. medizinische Dienste zur Verfügung (vgl. Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG). Die RAD bzw. die medizinischen Dienste 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 (vgl. 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 4.8**

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. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

#### **E. 4.9**

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе 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 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

#### **E. 4.10**

Bezüglich des Beweiswertes eines Gutachtens ist entscheidend, ob es 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 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. BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a).

##### **E. 4.10.1**

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. BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S.114 E. 3b; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b).

##### **E. 4.10.2**

Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (vgl. Art. 44 ATSG), welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit Hinweisen).

### **E. 4.10.3**

Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen, da davon auszugehen ist, dass sie in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

### **E. 4.10.4**

Bei Stellungnahmen eines IV-Arztes ist hinsichtlich des Beweiswertes zu unterscheiden, ob es sich um Aktenberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV oder um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV handelt. Der Beweiswert eines Untersuchungsberichtes eines IV-Arztes ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vergleichbar, sofern er den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und der IV-Arzt über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2, 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Bei einem Aktenbericht beurteilt die IV-Ärztin die vorhandenen ärztlichen Unterlagen, fasst die medizinischen Untersuchungsergebnisse zusammen und gibt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Versicherungsfalles aus medizinischer Sicht ab. Ein Aktenbericht erfüllt somit eine andere Funktion als ein medizinisches Gutachten, weshalb er die inhaltlichen Anforderungen an medizinische Gutachten nicht erfüllen kann und muss. Dennoch wird ihm nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung aberkannt, vielmehr ist er ein entscheiderelevantes Aktenstück, sofern die vom medizinischen Dienst beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (vgl. Urteil des BVGer C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen, Urteil des EVG I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes oder des medizinischen Dienstes 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. 5**

Koronare 1-Ast-Erkrankung Koronarangiographie 6.10: formal koronare 1-Ast-Erkrankung, ACD (Arteria coronaria dextra) mit nicht stenosierender Sklerose, RIVA (Ramus interventricularis posterior) Mittel 50 - 75 %. Normale systolische LV-Funktion (linksventrikuläre Funktion) global und regional. CvRF (kardiovaskuläre Risikofaktoren): Nikotin 40 py, positive Familienanamnese

### **E. 5.1**

Wurde eine Rente 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).

#### **E. 5.1.1**

Tritt die Verwaltung 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 (AHI 1999 S. 84 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 zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a, BGE 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 5.1.2**

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. BGE 105 V 29) - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung. Erfolgte eine Leistungsverweigerung gestützt auf eine rechtsgenügende Abklärung des Gesundheitszustands und gesetzeskonforme Ermittlung des Invaliditätsgrades, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis - vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision - bei einer weiteren Neuanschuldung entgegen halten lassen (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.3 BGE 130 V 71 E. 3.2.3 AHI 1999 S. 84 E. 1b).

#### **E. 5.2.1**

Ausgangszeitpunkt ist vorliegend die Verfügung vom 30. Juli 2010 (Vorakten 35), mit welcher das erste IV-Rentengesuch des Beschwerdeführers vom 24. August 2009 (Vorakten 22) abgewiesen wurde, mit der Begründung ab Januar 2009 habe eine variierende Arbeitsunfähigkeit bestanden und ab Dezember 2009 habe sich der Gesundheitszustand soweit verbessert, dass wieder eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit vorgelegen sei, womit die Arbeitsfähigkeit weniger als ein Jahr gedauert habe und kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Im Ausgangszeitpunkt bestand ein Status nach Entfernung eines Zungenkarzinoms (Vorakten 17, 30/2, 31). Ab 13. Januar 2009 war der Beschwerdeführer zu 100 % und ab 1. Juli 2009 zu 70 % arbeitsunfähig (Vorakten 17). Die Strahlentherapie endete am 25. Mai 2009 (Vorakten 17/7). Im November 2009 nahm er seine Arbeit wieder probeweise auf und ab Dezember 2009 arbeitete er vollumfänglich in seiner angestammten Tätigkeit als LKW-Fahrer (Vorakten 39/4). Im Arztbericht des Universitätsspitals G.\_\_\_\_\_ vom 9. März 2010 (Vorakten 31) wurde denn auch festgehalten, dass keine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehe. Der Beschwerdeführer war somit im Jahr 2009 nur während einiger Monate arbeitsunfähig, was sich auch aus dem IK-Auszug ergibt (Vorakten 87), betrug der Verdienst doch im Jahr 2008 Fr. 68'668.-, im Jahr 2009 Fr. 34'372.- und im Jahr 2010 wieder Fr. 69'145.-. Der Beschwerdeführer hat sich damals vom Zungenkarzinom erholt und musste nur vorübergehend Medikamente zur Strahlentherapie einnehmen, so dass danach wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestand.

#### **E. 5.2.2**

Vergleichszeitpunkt ist die angefochtene Verfügung vom 22. April 2016 (Vorakten 112, BVGer act. 1/1), mit welcher das zweite IV-Rentengesuch des Beschwerdeführers vom 6. Mai 2015 (Eingang bei der IVSTA, Vorakten 45) abgewiesen wurde. Nachfolgend ist daher

zu prüfen, ob gestützt auf die neuen, seit der Verfügung vom 30. Juli 2010 erstellten, medizinischen Unterlagen eine Änderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann.

### **E. 5.2.3**

Im Nachgang zur Verfügung vom 30. Juli 2010 und vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. April 2016 sind die folgenden medizinischen Unterlagen aktenkundig: - Der ambulante Bericht des Universitätsspitals G. \_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2014 (Vorakten 91/5, 47/1) enthält die folgenden Diagnosen: 1. Zu 01/2009 progredienter Lungenherd im Oberlappen links; primär reaktiv / entzündlich, DD (Differentialdiagnose) Malignität (z.B. bronchoalveoläres Karzinom) PET-CT (Positronen-Emissions-Tomographie; Computertomographie) vom 11.11.2014: zu 01/2009 leicht zunehmende, pleuraständige Verdichtung im ventrobasalen Oberlappen links mit dezenter FDG-Speicherung (Fluorodeoxyglucose - Speicherung) und streifigen Ausläufern. Keine mehrspeichernden hilären, mediastinalen oder axillären Lymphknoten. Keine Pleuraergüsse, kein Perikarderguss. 2. Dorsales Zungenrand- / Zungenrundkarzinom rechts pT3, pN0 (0/16), M0, G3, L0, V0 Nikotinabusus: 40 py Hemiglossektomie transoral, neck dissection Level Ib - IV rechts am 12.02.2009 Adjuvante Radiotherapie 2009 3. Formal Vd. a. (Verdacht auf) leichte Schlafapnoe (pAHI 9,6 / h) 4. Hyperchromes makrozytäres Blutbild DD im Rahmen C2-Abusus DD Vitamin-B12- / Folsäuremangel

### **E. 5.2.4**

Die Vorinstanz unterbreite die medizinischen Akten ihrem medizinischen Dienst: - Dr. E. \_\_\_\_\_, FMH Onkologie und Hämatologie, verfasste am 26. November 2015 (Vorakten 83) ihre Stellungnahme zu den medizinischen Akten und schrieb: "Cet assuré a présenté un cancer orl situé au niveau de la base de langue pour lequel il a été traité en 2009 par chirurgie puis radiothérapie permettant une rémission complète prolongée qui peut s'apparenter dans ce cas à une guérison vue le long intervalle libre. D'après les documents à disposition il n'y a pas eu d'arrête de travail prolongé pour cette affection et ses traitements. Il avait été mis en évidence à cette époque un petit nodule pulmonaire sans symptôme accompagnateur qui a fait l'objet d'un suivi régulier. Un nouveau Pet-scan effectué en date du 11.11.2014 objective une légère progression de cette image sans que l'on puisse conclure sur sa nature tumorale ou inflammatoire. En décembre 2014 au vu de cette lésion persistante en légère croissance chez un tabagique au long cours il a été jugé nécessaire de procéder à une exérèse de ce nodule à visée diagnostique et thérapeutique. L'exérèse de cette lésion a permis de conclure à un adénocarcinome bronchique localisé sans adénopathie d'accompagnement. Stade pT2a N0. L'intervention a comporté une lobectomie du lobe sup. gauche et lymphadénectomie. Aucun traitement complémentaire n'a été jugé nécessaire. L'assuré fait l'objet d'un suivi régulier. Un bilan cardiologique exhaustif a été effectué en date du 3.9.2015. Ce dernier n'a pas mis en évidence de pathologie cardiaque à l'échocardiographie ni au test d'effort". Hinsichtlich der angestammten Tätigkeit hielt Dr. E. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer seit Dezember 2014 zu 75 % arbeitsfähig. Weiter hielt sie hinsichtlich der funktionellen Einschränkung fest: "Cet assuré a reçu en 2009 un traitement pour un cancer de la langue sans réduction durable de son activité. En 2014 il a subi l'ablation d'un lobe pulmonaire et de quelques ganglions médiastinaux. Il s'agit d'une intervention qui ne porte pas à conséquence sur la fonction respiratoire s'il n'y a pas de complications, ce qui a été le cas. Le résultat pathologique est celui d'un petit cancer bronchique localisé qui n'a pas nécessité de traitement complémentaire. Les autres

pathologies ne sont pas limitantes. Vu ce qui précède il est justifié statuer sur une incapacité de travail 25 % depuis décembre 2015" (Anmerkung des Bundesverwaltungsgerichts : hierbei handelt es sich wohl um einen Schreibfehler und sollte ebenfalls Dezember 2014 heissen). - Am 9. März 2016 (Vorakten 110) schrieb Dr. F. \_\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, es würden praktisch keine plausiblen Gründe vorliegen, weshalb der Versicherte nicht zu ca. 75 % arbeiten sollte/könnte; der Hausarztbericht von 2015 gebe lediglich an, dass der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig sei seit Dezember 2014 bis 30. Juni 2015, sowie weiterhin.

#### **E. 5.2.5**

Aus den neuen Akten geht hervor, dass das Krebsleiden rezidierte, der Beschwerdeführer nun starke Medikamente mit Nebenwirkungen einnehmen muss und weitere Leiden in kardiologischer (koronare 1-Ast-Erkrankung, arterielle Hypertonie), pneumologischer (V.a. Schlafapnoe, Status nach Entfernung eines Teils des Lungenoberlappens, COPD GOLD I) und internistischer (Malnutrition und Alkoholabusus) Hinsicht vorliegen.

#### **E. 5.2.6**

Während der medizinische Dienst der IVSTA am 27. Mai 2010 (Vorakten 32) feststellte, dass der Beschwerdeführer seine Arbeit wieder vollständig aufgenommen habe, wurde im Bericht vom 26. November 2015 (Vorakten 83) und vom 9. März 2016 (Vorakten 110) erkannt, dass die Arbeitsunfähigkeit 25 % seit Dezember 2014 betrage. Seitens des medizinischen Dienstes der IVSTA wird folglich implizit von einer gesundheitlichen Verschlechterung ausgegangen, auch wenn Dr. F. \_\_\_\_\_ bei ihrer Stellungnahme "nein" angekreuzt hat, da sich dies offensichtlich nicht auf den früheren Verfügungszeitpunkt vom 30. Juli 2010 (Vorakten 35), sondern auf den Zeitpunkt des Vorbescheids im vorliegenden Verfahren datierend 3. Dezember 2015 bezog (Vorakten 85). Zwar weichen Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. F. \_\_\_\_\_ von der Einschätzung des Hausarztes Dr. D. \_\_\_\_\_ ab, welcher den Beschwerdeführer als vollständig arbeitsunfähig seit Dezember 2014 einstuft (Vorakten 99), da im Vergleichszeitpunkt jedoch von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen wurde, ist für die Beantwortung der Frage, ob eine gesundheitliche Verschlechterung vorliegt, nicht von Belang ob die Arbeitsunfähigkeit 25 % oder 100 % beträgt, da in beiden Fällen eine Verschlimmerung gegeben ist.

#### **E. 5.2.7**

Somit ist zusammenfassend, in Übereinstimmung mit den Parteien, davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert hat, womit zu klären ist, ob diese Veränderung des Gesundheitszustandes rentenrelevant ist (vgl. E. 6 hiernach).

### **E. 6**

Im Folgenden ist zunächst die angestammte Tätigkeit zu bestimmen (vgl. E. 6.1 hiernach). Danach ist zu klären, ob hinreichende medizinische Akten vorliegen, welche dem Bundesverwaltungsgericht ermöglichen, die Rechtsfrage zu beurteilen (vgl. Urteil des BGer 8C\_377/2014 vom 29. Oktober 2015 E. 6.2 m.H.), ob der Beschwerdeführer die verbleibende Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer Verweistätigkeit erwerblich verwerten kann (vgl. E. 6.2 hiernach).

#### **E. 6.1**

Der Beschwerdeführer gab an, keinen Beruf erlernt (Vorakten 22/4, 61/1), sondern bei der deutschen Bundeswehr den LKW-Führerschein erworben zu haben (Vorakten 22/4). Er war

von 1982 bis 2014 als LKW-Fahrer tätig (Vorakten 50). Am 25. September 2014 erhielt er von seiner Arbeitgeberin die Kündigung (Vorakten 8), da ihm wegen Trunkenheit am Steuer der Führerschein bis April 2015 entzogen worden war. Der Stellenverlust war somit invalidenfremd. Da der Führerscheinentzug vorübergehend war, ist vorliegend vom Beruf LKW-Fahrer als angestammte Tätigkeit auszugehen.

#### **E. 6.2.1**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung stellt der Beruf LKW-Fahrer eine körperlich schwere Tätigkeit dar, da sie Be- und Entladen des Lastwagens beinhaltet (vgl. BGer 8C\_300/2015 E. 7.3.1). Zudem erfordert das Fahren eines LKWs ein längeres Sitzen mit wiederholtem Krafteinsatz des linken Beines beim Kuppeln, sofern kein Automatikgetriebe vorliegt (ob der LKW, der vom Beschwerdeführer gefahren wurde, ein Automatikgetriebe hatte oder nicht, ist aus den Akten nicht ersichtlich) und ist diese Tätigkeit mit Hantieren von teilweise schweren Lasten verbunden (vgl. BGer 8C\_61/2009 E. 3). Dementsprechend gab denn auch die ehemalige Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, K. \_\_\_\_\_ AG, an (Vorakten 65/6), ihre Chauffeure müssten unter anderem den LKW mit Containern be- und entladen und dabei auch eine schwere Last von über 25kg heben oder tragen (1-5% oder bis ca. ½ h pro Tag).

#### **E. 6.2.2**

Die Vorinstanz bezog sich bei der Beantwortung der Frage, ob dem Beschwerdeführer das Ausüben seiner Tätigkeit weiterhin zumutbar ist, auf die Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes vom 26. November 2015 (Vorakten 83) und vom 9. März 2016 (Vorakten 110). Dr. F. \_\_\_\_\_ und Dr. E. \_\_\_\_\_ führten selber keine Untersuchungen durch, womit sie sich für ihre Beurteilung einzig auf die von der Vorinstanz vorgelegten Akten stützen konnten. Die Vorinstanz stellte sich in ihrer Vernehmlassung vom 4. Juli 2016 (BVGer act. 5) auf den Standpunkt, ihrem ärztlichen Dienst sei ein umfassendes medizinisches Dossier und damit eine breit abgestützte Beurteilungsgrundlage vorgelegen. Die Stellungnahmen der IV-Ärztinnen Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. F. \_\_\_\_\_ würden die von der Rechtsprechung an beweiskräftige Gutachten gestellten Anforderungen erfüllen, seien schlüssig und würden untereinander übereinstimmen.

#### **E. 6.2.3**

Gegen die Stellungnahme der IV-Ärztin Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 26. November 2015 brachte der Beschwerdeführer vor (BVGer act. 1, act. 8), der Bericht genüge den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten nicht, da weder eigene Untersuchungen vorgenommen worden, noch den Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status zu entnehmen und diese Daten umstritten seien. Aktuelle Vorakten der behandelnden Ärzte seien nicht eingeholt worden. Es sei nicht begründet worden, warum gerade eine 75 % Arbeitsfähigkeit vorliegen solle, dies erscheine geradezu willkürlich. Von der Beurteilung von Dr. D. \_\_\_\_\_, welcher eine 100 % Arbeitsunfähigkeit attestiert habe, sei abgewichen worden, ohne bei ihm Rückfragen zu stellen. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. E. \_\_\_\_\_ sei mangelhaft, daran ändere auch nichts, dass eine weitere IV-Ärztin, Dr. F. \_\_\_\_\_, die Arbeitsfähigkeit von 75 % bestätigt habe, zumal deren minimalste Beurteilung vom 9. März 2016 in keiner Art und Weise mit den Kriterien einer beweistauglichen Beurteilungsgrundlage vereinbar sei.

#### **E. 6.2.4**

Wie der Beschwerdeführer zurecht vorbrachte, ist die Kurzstellungnahme von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 9. März 2016 (Vorakten 110) nicht beweistauglich, da sie zu knapp ausgefallen ist, keinerlei Begründung enthält und insbesondere nicht ausgeführt wird, warum sie von der Beurteilung des Hausarztes Dr. D. \_\_\_\_\_ abweicht, welcher eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Vorakten 99).

#### **E. 6.2.5.1**

Aus der Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 26. November 2015 (Vorakten 83) geht hervor, dass sie einzig die onkologischen Leiden als limitierend erachtete, so dass anzunehmen ist, dass sich ihre Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer zu 25 % arbeitsunfähig sei, auf das Krebsleiden beschränkte. Dr. E. \_\_\_\_\_ weist den Facharzttitel FMH Onkologie und Hämatologie auf, womit sie das notwendige Fachwissen besitzt, um die onkologischen Auswirkungen zu beurteilen. Hinsichtlich der Leistungsfähigkeit bei Krebsleiden erachtete das Bundesgericht im Urteil BGer 8C\_440/2017 E. 5.1, dass bei einem Adenokarzinom des Rektums nach Behandlungsabschluss eine Limitierung von 20 % bestehe. Vorliegend leidet der Beschwerdeführer nicht nur an Status nach Zungenkarzinom sondern auch an Status nach Lungenkarzinom, womit nachvollziehbar ist, dass Dr. E. \_\_\_\_\_ aus onkologischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % ausging.

#### **E. 6.2.5.2**

In pneumologischer Hinsicht nahm Dr. E. \_\_\_\_\_ an, das Adenokarzinom der Lunge habe keine Auswirkungen auf die Atemfunktion. Sie ist Onkologin und nicht Pneumologin, womit auf ihre Einschätzung nicht ohne weiteres abgestellt werden kann. Aus den Vorakten geht hervor, dass seit der Entfernung des Lungenoberlappens ein Zwerchfellhochstand (Vorakten 94, 95) besteht und der Beschwerdeführer Atemnot geltend machte (Vorakten 50), was Symptom eines Zwerchfellhochstandes sein könnte (vgl. <https://gesundpedia.de/Zwerchfellhochstand>). In den Vorakten findet sich zudem die Diagnose COPD GOLD I (Vorakten 91/2). Die aktenkundigen pneumologischen Arztberichte (Vorakten 47/1, 48/1, 48/5, 91, 92, 94, 95, 96) äusseren sich als Untersuchungsberichte naturgemäss zum Krankheits- bzw. Heilverlauf jedoch nicht dazu, ob aufgrund des Zwerchfellhochstandes, der COPD GOLD I und der Atemnot eine Einschränkung für schwere berufliche Tätigkeiten besteht. Die Vorinstanz hätte daher unter Beizug der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ durch einen Pneumologen oder eine Pneumologin beurteilen lassen müssen, ob dem Beschwerdeführer aus pneumologischer Sicht die schwere Tätigkeit als LKW-Fahrer weiterhin zumutbar ist. Die Einschätzung einer Onkologin genügt diesbezüglich nicht.

#### **E. 6.2.5.3**

In kardiologischer Hinsicht finden sich in den Vorakten Hinweise auf eine arterielle Hypertonie (Vorakten 97). Es sind Blutdruckwerte von 200 mmHg aktenkundig (Vorakten 95/2), was eine mittelschwere bis schwere Hypertonie darstellt, da der Wert über 180/105 liegt (Hans-Georg Giretz, Begutachtung in der Kardiologie, S. 103). Bei hohem Blutdruck dürfen keine schweren Lasten gehoben oder getragen werden, da dies zu einem abrupten Blutdruckanstieg führen würde (vgl. [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208320/publicationFile/12762/leitlinien\\_rehabeduerftigkeit\\_hypertonie\\_langfassung\\_pdf.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208320/publicationFile/12762/leitlinien_rehabeduerftigkeit_hypertonie_langfassung_pdf.pdf), Ziff. 5.9). Dr. E. \_\_\_\_\_ äusserte sich als Onkologin zurecht nicht zur Blutdruckproblematik. Die Vorinstanz

versäumte durch einen Kardiologen oder eine Kardiologin abklären zu lassen, ob eine arterielle Hypertonie mit entgleisten Blutdruckwerten besteht, und ob dem Beschwerdeführer das Hantieren mit schweren Lasten nach wie vor zumutbar ist. Zudem findet sich ein Bericht der kardiologischen Gemeinschaftspraxis J. \_\_\_\_\_ vom 8. September 2015 (Vorakten 97) in den Akten. Dr. E. \_\_\_\_\_ war diesbezüglich der Auffassung, dass die Untersuchung keine pathologische Evidenz gezeigt habe. Da sie keine Kardiologin ist, kann auf ihre Ansicht nicht unbesehen abgestellt werden. Das Bundesgericht erachtet eine schwere Tätigkeit bei einer koronaren Einasterkrankung, wie dies beim Beschwerdeführer vorliegt, als zumutbar (vgl. Urteil BGer I 431/99 vom 15. Februar 2000 E. 2), wenn das EKG bis zu einer Belastung von 75 Watt keinen pathologischen Befund ergab. Vorliegend erscheint jedoch fraglich, ob das Echokardiogramm tatsächlich ohne Befund war, musste die Belastung doch abgebrochen werden, da der Beschwerdeführer an Atemnot litt (Vorakten 97). Notwendig gewesen wäre eine Beurteilung durch einen Kardiologen oder Kardiologin und einen Pneumologen oder Pneumologin, aus der hervorgeht, ob die Atemnot, die der Beschwerdeführer während der Testung hatte, kardiologisch oder pneumologisch bedingt war, und ob die Leistungsfähigkeit im Arbeitsalltag, welche das Hantieren mit schweren Lasten beinhaltet, eingeschränkt ist. Beim echokardiologischen Bericht vom 8. September 2015 handelt es sich um einen Untersuchungsbericht, der sich naturgemäss als solcher nicht zur Arbeitsfähigkeit äussert, und daher gestützt auf diesen Bericht nicht ohne weitere Begründung auf eine Arbeitsfähigkeit geschlossen werden kann. Die Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_\_\_ als Onkologin, kann die Beurteilung durch eine Kardiologin oder einen Kardiologen bzw. einen Pneumologen oder eine Pneumologin nicht ersetzen.

#### **E. 6.2.5.4**

Aus den vorstehenden Erwägungen (E. 6.2.5.1 - 6.2.5.3) ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer an Gebrechen aus verschiedenen medizinischen Fachgebieten leidet, insbesondere an Krebs (Onkologie), koronarer Einasterkrankung (Kardiologie), COPD GOLD I (Pneumologie) und arterieller Hypertonie (Kardiologie). Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (vgl. Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2) und der Grad der Arbeitsfähigkeit jeweils aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden fachärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Bei der Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_\_\_, handelt es sich zwar um eine Fachexpertise auf dem Gebiet der Onkologie, jedoch nicht um eine polydisziplinäre Gesamtschau, da sie keinen Facharztstitel auf den übrigen einschlägigen Gebieten aufweist. Daran ändert nichts, dass Dr. I. \_\_\_\_\_ sich am 27. August 2016 (BVGer act. 10/2) und am 29. Januar 2017 (BVGer act. 14/5) ihrer Beurteilung anschloss, zumal er als Internist nicht über das notwendige Fachwissen auf dem Gebiet der Kardiologie, Onkologie und Pneumologie verfügt und auch seine Stellungnahme keine interdisziplinäre Beurteilung beinhaltet. Auch die aktenkundigen fachärztlichen Berichte enthalten keine Gesamtbeurteilung, vielmehr handelt es sich um monodisziplinäre Untersuchungsberichte. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit finden sich in den Vorakten einzig ein Arztzeugnis von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2015 (Vorakten 99) und ein Bericht vom Universitätsspital G. \_\_\_\_\_ vom 24. Januar 2015 (Vorakten 92). Dr. D. \_\_\_\_\_ begründete seine Annahme einer 100 % Arbeitsunfähigkeit nicht, womit nicht nachvollzogen werden kann, wie er auf seine Einschätzung kam. Im Spitalbericht vom 24.

Januar 2015 wurde eine auf vier Wochen beschränkte Arbeitsunfähigkeit angenommen. Diese Arbeitsunfähigkeit steht mit der Operation vom 16. Januar 2015 im Zusammenhang, womit keine sämtliche Leiden umfassende Arbeitsfähigkeitsschätzung vorliegt. Den medizinischen Akten ist damit keine umfassende Darstellung der Befunde zu entnehmen. Insbesondere fehlt, wie der Beschwerdeführer zurecht rügte (BVGer act. 1, act. 8), eine fachübergreifende, polydisziplinäre Gesamtschau der verschiedenen geltend gemachten somatischen Beeinträchtigungen bzw. der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Ebenfalls fehlt ein Belastungsprofil in den Akten, welches über die verbleibende funktionelle Leistungsfähigkeit Auskunft gibt. Eine Gesamtbeurteilung fehlt damit vollständig in den Akten.

#### **E. 6.2.5.5**

Der Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_\_\_ kommt aus den genannten Gründen mangels interdisziplinärer Beurteilung kein voller Beweiswert zu.

#### **E. 6.2.6**

Die Tätigkeit LKW-Fahren stellt hohe Anforderungen an die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit (Vorakten 65/6), weshalb fraglich ist, ob der Beschwerdeführer, welcher an Kraftlosigkeit und Müdigkeit leidet, diesen Anforderungen immer noch gewachsen ist. So hat denn auch das Universitätsspital G. \_\_\_\_\_ (Vorakten 30) darauf hingewiesen, dass Tagesmüdigkeit bei der Arbeit als Chauffeur gefährlich sei. Die Vorinstanz versäumte unter Beizug der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ diesbezügliche Abklärungen in die Wege zu leiten.

#### **E. 6.2.7**

Ausserdem brachte der Beschwerdeführer zurecht vor, dass von der Vorinstanz unberücksichtigt geblieben ist, dass er Medikamente nehmen muss, welche sich auf seine Fahrtüchtigkeit auswirken können (Vorakten 98; Bisoprol-Mepha [<https://compendium.ch/mpro/mnr/24578/html/de>], Amlodipin-Mepha [<https://compendium.ch/mpro/mnr/15070/html/de>], Tramadol-Mepha [<https://compendium.ch/mpro/mnr/4936/html/de>], Pregapalin-Mepha [<https://compendium.ch/mpro/mnr/26730/html/de>]). Aufgrund der Müdigkeit und Kraftlosigkeit sowie der Einnahme von Medikamenten, welche sich auf die Fahrfähigkeit auswirken können, ist fraglich, ob die Teilnahme am Strassenverkehr mit einem Lastwagen aufgrund der Eigen- und Fremdgefährdung weiterhin zumutbar ist, zumal auch Art. 31 Abs. 2 SVG (SR 741.01) vorschreibt, dass wer wegen Alkohol-, Betäubungsmittel- oder Arzneimitteleinfluss oder aus anderen Gründen nicht über die erforderliche körperliche und geistige Leistungsfähigkeit verfügt, während dieser Zeit als fahruntüchtig gilt und kein Fahrzeug führen darf. Die Vorinstanz hätte daher unter Beizug der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ durch einen Facharzt oder eine Fachärztin abklären lassen müssen, ob trotz Müdigkeit und Medikamenteneinfluss Fahrtauglichkeit weiterhin gegeben ist.

#### **E. 6.2.8**

Zusammenfassend ergibt sich, dass den medizinischen Berichten der IV-Ärztinnen vom 26. November 2015 (Vorakten 83) und vom 9. März 2016 (Vorakten 110) kein (voller) Beweiswert zukommt und keine hinreichend beweistauglichen Arztberichte zur Arbeitsfähigkeit aktenkundig sind. Aufgrund der Einnahme diverser Medikamente, welche sich auf die Fahreignung auswirken und weil der Beschwerdeführer Nebenwirkungen wie

Müdigkeit aufweist, ist fraglich, ob die Tätigkeit LKW-Fahren unter Berücksichtigung der Eigen- und Fremdgefährdung im Strassenverkehr weiterhin zumutbar ist. Mangels hinreichender medizinischer Aktenlage, Gesamtbeurteilung und Belastungsprofil, kann vorliegend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilt werden, ob dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit oder eine Verweistätigkeit weiterhin zumutbar ist.

### **E. 7.1**

Die Voraussetzungen für eine blosser Aktenbeurteilung durch den medizinischen Dienst können vorliegend nicht als gegeben erachtet werden (vgl. Urteil des BGER 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.3). Ein lückenloser Befund bzw. ein feststehender medizinischer Sachverhalt liegt nicht vor. Hierfür fehlt es namentlich an einer polydisziplinären fachärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und einer Umschreibung des Belastungsprofils. Desgleichen liegen keine eingehenden klinischen Erhebungen in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen vor. Unter den gegebenen Umständen durften die IV-Ärztinnen jedenfalls nicht von eigenen Untersuchungen absehen. Indem die Vorinstanz massgeblich auf die Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 26. November 2015 (Vorakten 83) und vom 9. März 2016 (Vorakten 110) abstellte, missachtete sie die rechtlichen Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte und verletzte mithin Bundesrecht.

### **E. 7.2**

Es kann vorliegend nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden, da von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten polydisziplinären fachärztlichen Beurteilung neue verwertbare und entscheidungsrelevante Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. dazu auch Urteil des BGER 8C\_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 m.H.). Eine antizipierte Beweiswürdigung (vgl. dazu BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 23; BGE 134 I 140 E. 5.3) fällt demnach ausser Betracht. Angesichts des unzureichend abgeklärten Sachverhalts, worin eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zu erblicken ist, wird die Sache unter Gutheissung des Eventualantrags des Beschwerdeführers an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit sie unter Beizug der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ den medizinischen Sachverhalt mittels eines externen polydisziplinären Gutachtens feststellen lässt und danach über die Rentenfrage neu entscheidet.

#### **E. 7.3.1**

Die Vorinstanz wird bei einer erneuten Beurteilung die neuen Diagnosen wie Wernicke-Enzephalopathie bei Malnutrition und chronischem Alkoholüberkonsum, Depression, primäre Hypothyreose DD Non-Thyroidal-Illness-Syndrom (recte Non-Thyroidal-Illness-Syndrom) im Rahmen der Wernicke-Enzephalopathie, Hepatopathie, beidseitige Karotisstenose, Majore neurokognitive Störung im Rahmen eines Wernicke-Korsakow-Syndroms, Polyneuropathie, rezidivierende depressive Störung und leichte depressive Episode (BVGer act. 12/1, 14/3) sowie die Leber- und Schilddrüsenerkrankung mitzubehalten haben.

#### **E. 7.3.2**

Entgegen der Annahme der Vorinstanz ist die Diagnose Alkoholabusus nicht per se unbeachtlich, vielmehr ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu klären (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c), ob die Sucht eine Krankheit bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist,

oder ob sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt. Aus letzterem Leitsatz folgt gemäss Bundesgericht nicht, dass die Auswirkungen einer Alkoholerkrankung, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Reine Suchtfolgen sind IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermaßen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen (Urteil des BGer 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1 und 2.2.2; Urteil des BVGer C-1582/2016 E. 4.3). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und somatischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist.

### **E. 7.3.3**

Dem Beschwerdeführer wurde in Deutschland eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zugesprochen (Vorakten 79). Zwar sind die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger gebunden (vgl. E. 4.8 hiervor), jedoch sind aus dem Ausland stammende Beweismittel in die Beweiswürdigung einzubeziehen (vgl. E. 4.8 hiervor). Daher wird die Vorinstanz unter Beizug der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ bei der Deutschen Rentenversicherung C.\_\_\_\_\_ vorhandene medizinische Akten zu edieren haben, sowie bei Dr. D.\_\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_\_ medizinische Akten einverlangen müssen. Nach Vervollständigung der Aktenlage ist eine polydisziplinäre Begutachtung in die Wege zu leiten.

### **E. 7.3.4**

Hinsichtlich der erneuten Begutachtung sind Expertisen in den Fachbereichen Onkologie, Pneumologie, Psychiatrie, Neuropsychologie, Neurologie, Kardiologie und Innere Medizin geboten. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialistinnen und Spezialisten beigezogen werden, 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 Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der interdisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1, Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Überdies sind die möglichen Wechselwirkungen zwischen den jeweiligen Diagnosen abzuklären und aufzuzeigen. In Bezug auf die psychiatrische Begutachtung ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht in seiner neuesten Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 409; BGE 143 V 418) zu Diagnosen aus dem Formenkreis der Depression seine Praxis geändert und festgehalten hat, dass solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien. Aufgabe des medizinischen Sachverständigen sei es, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultierten, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

### **E. 7.3.5**

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal 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; Urteile des BVGer C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je mit Hinweis auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Dem Beschwerdeführer ist dazu das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.).

### **E. 7.3.6**

Es sind vorliegend keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

### **E. 8.1**

Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Wie vorstehend dargelegt, konnte der medizinische Dienst der IVSTA nicht auf für die streitigen Belange hinreichende Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine reine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen unzulässig, was zwangsläufig zu weiteren Abklärungen hätte führen müssen. Die Vorinstanz hat mithin keine umfassende medizinische Beurteilung eingeholt, obwohl eine solche geboten gewesen wäre.

### **E. 8.2**

Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1582/2016 E. 5.4; C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Dies gilt insbesondere in Fällen wie dem vorliegenden, bei welchem die gebotene interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu Unrecht unterlassen worden ist. Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein polydisziplinäres Gutachten im Verwaltungsverfahren auch die Möglichkeit der Überprüfung durch ein Obergutachten genommen.

### **E. 9**

Die Beschwerde ist im Eventualantrag gutzuheissen (vgl. Beschwerde BVGer act. 1), die angefochtene Verfügung vom 22. April 2016 aufzuheben und die Akten an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen, unter Beizug der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_, und anschliessendem neuen Entscheid über die Rentenfrage zurückzuweisen.

### **E. 10**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 10.1**

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

### **E. 10.2**

Dem anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführer steht eine von der Vorinstanz zu entrichtende Parteientschädigung zu (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 und Art. 12 VGKE), womit die mit Zwischenverfügung vom 7. Juli 2016 (BVGer act. 7) gewährte unentgeltliche Rechtsverteiständung nicht zum Tragen kommt. Der Rechtsvertreter reichte eine detaillierte Kostennote ein (BVGer act. 12) und machte für die Vertretung des Beschwerdeführers bis zum 5. Januar 2017 Kosten von insgesamt Fr. 3'185.55 geltend (12.10 Stunden à Fr. 250.- zuzüglich Auslagen von Fr. 143.90), was unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens angemessen erscheint. Nach dem 5. Januar 2017 verfasste der Rechtsvertreter am 4. Dezember 2017 (BVGer act. 18) und am 25. Mai 2018 (BVGer act. 20) eine Eingabe ans Bundesverwaltungsgericht, womit die Parteientschädigung um Fr. 400.- zu erhöhen ist und sich folglich auf Fr. 3'585.55 beläuft. Die Parteientschädigung umfasst keinen Mehrwertsteuerzuschlag im Sinne von Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE.

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