

# **BVGer C-3811/2018 vom 14. Januar 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-01-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3811\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3811_2018)

FR: TAF C-3811/2018 du 14 janvier 2020

IT: TAF C-3811/2018 del 14 gennaio 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 14. Juni 2018, mit der die Vorinstanz das erneute Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abwies.

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) i.V.m. Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.3**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG (SR 172.021) die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 1.4**

Als Adressat ist der Beschwerdeführer durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG, vgl. auch Art. 50 VwVG und Art. 52 VwVG) eingereichte Beschwerde ist daher einzutreten.

### **E. 1.5**

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

### **E. 1.6**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das

Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; BGE 138 V 218 E. 6).

### **E. 1.7**

Nach dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist das Bundesverwaltungsgericht nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; Thomas Häberli, in: Praxiskommentar VwVG, 2. Aufl. 2016, Rz. 48 zu Art. 62).

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Büsingen, Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Gemäss Art. 20 FZA i.V.m. Anhang II zum FZA und Art. 8 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 i.V.m. Anhang II zur Verordnung ist die Nummer 9b Abs. 1 Nummern 1 bis 4 des Schlussprotokolls des Abkommens zwischen Deutschland und der Schweiz vom 25. Februar 1964 über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.136.1; im Folgenden: Abkommen), geändert durch die Zusatzabkommen Nr. 1 vom 9. September 1975 (SR 0.831.109.136.121) und Nr. 2 vom 2. März 1989 (SR 0.831.109.136.122), betreffend die deutsche Enklave Büsingen weiterhin anwendbar. Dies ändert vorliegend jedoch nichts an der Anwendbarkeit des schweizerischen Rechts, zumal kein Antrag im Sinne von Art. 9 des Abkommens aktenkundig ist.

### **E. 2.2.1**

Während seiner Erwerbstätigkeit in der Schweiz wohnte der Beschwerdeführer in Büsingen (Deutschland), womit er Grenzgänger war (vgl. Vorakten 41/1, 93/1; Art. 35 des Bundesgesetzes über die Ausländerinnen und Ausländer und über die Integration [SR 142.20]; <https://www.buesingen.de/de/Rathaus/Buergerservice-A-Z/Buergerservice?view=publish&item=service&id=1363>).

### **E. 2.2.2**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Diese Zweiteilung erfolgte, weil der Ordnungsgeber davon ausging, dass bei Grenzgängern die kantonale IV-Stelle besser geeignet ist, die erforderlichen Abklärungen durchzuführen. Die Zuständigkeit der IVSTA zum Erlass der Verfügung (vgl. Art. 40 Abs. 2 IVV dritter Satz)

ist aber wesentlich unter dem Gesichtspunkt der einheitlichen Rechtsanwendung und ihrer Verbindungsstelle mit ausländischen Versicherungsträgern (Urteile des BVGer C-2687/2006 vom 27. August 2008 m.H. und C-2949/2012 vom 15. Januar 2015 E. 3.1). Diese Zuständigkeit gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht (Art. 40 Abs. 2 IVV). Ein ehemaliger Grenzgänger, welcher im Zeitpunkt der Anmeldung immer noch im Grenzgebiet wohnt und einen Gesundheitsschaden geltend macht, der auf die Zeit seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht, hat somit beim Kanton, in welchem er zu jener Zeit tätig war, das Gesuch einzureichen (Urteile des BVGer C-6346/2011 vom 17. Oktober 2013 und C-2949/2012 E. 3.1).

### **E. 2.2.3**

Der Beschwerdeführer war sowohl während seiner Grenzgängertätigkeit in der Schweiz als auch im Zeitpunkt der Erstanmeldung vom 7. November 2012 (Vorakten 10) und der Neuanmeldung vom 27. Oktober 2015 (Vorakten 55, 114) in Büsingen wohnhaft. Büsingen verfügt über zwei Postleitzahlen CH-8238 und D-78266, was jedoch nichts daran ändert, dass es sich bei der Gemeinde Büsingen um eine deutsche Enklave innerhalb der Schweiz handelt (vgl. <https://www.buesingen.de/de/Unser-Buesingen/Ortsportrait>) und damit kein Wohnsitzwechsel stattfand, sondern der Beschwerdeführer einzig bei seiner Erst- und Neuanmeldung die schweizerische Postleitzahl verwendete (Vorakten 10, 55, 114). Die Voraussetzung des «Wohnsitzes in der benachbarten Grenzzone» nach Art. 40 Abs. 2 IVV war somit nicht nur bei der Erstanmeldung vom 7. November 2012 (Vorakten 10), sondern auch bei der Neuanmeldung vom 27. Oktober 2015 (Vorakten 55, 114) erfüllt. Der Beschwerdeführer stellte nach seinem Herzinfarkt vom 6. Oktober 2012 seine Arbeit als (...) ein. Nach Aufgabe seiner Grenzgängertätigkeit in der Schweiz ging der Beschwerdeführer keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Die befristete Rentenzusprache erfolgte mit in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 25. April 2014 (Vorakten 108) wegen einer koronaren Herzerkrankung, welche vom 6. Oktober 2012 bis zum 18. Dezember 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bewirkte (Vorakten 93/7). Bei der Rentenzusprache wurde aufgrund der Rückenleiden und der Herzbeschwerden die bisherige Tätigkeit als (...) nicht mehr als zumutbar erachtet. In Bezug auf eine Verweistätigkeit wurde zudem der Diabetes mellitus dahingehend als Einschränkung berücksichtigt, als die Möglichkeit von regelmässigen Mahlzeiteinnahmen gegeben sein muss. Ab 18. Dezember 2013 wurde von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausgegangen. Der Beschwerdeführer brachte anlässlich der Neuanmeldung vom 27. Oktober 2015 (Vorakten 55, 114) sinngemäss vor, die bei der Erstanmeldung bestandenen Leiden (Rückenbeschwerden, Herzleiden und Diabetes mellitus) hätten sich verschlechtert, womit auch die zweite Voraussetzung nach Art. 40 Abs. 2 IVV gegeben war. Aufgrund des Wohnsitzes in Büsingen und der geltend gemachten Verschlechterung der bisherigen Leiden, meldete sich der Beschwerdeführer somit zurecht bei der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ zum Rentenbezug an (Art. 40 Abs. 2 IVV).

### **E. 2.2.4**

Nachdem die SVA dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 28. Oktober 2015 (Vorakten 115) und Vorbescheid vom 13. Januar 2016 (Vorakten 119) mitgeteilt hatte, dass der glaubhafte Nachweis der Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht erbracht worden sei, reichte der Beschwerdeführer ophthalmologische Unterlagen vom 23.

November 2015 (Vorakten 121), 15. Dezember 2015 (Vorakten 122), 19. Januar 2016 (Vorakten 124) und 26. Januar 2016 (Vorakten 124) ein. Daraufhin teilte die IVSTA der SVA mit Brief vom 17. Februar 2016 (Vorakten 126) mit, der Versicherte habe Wohnsitz im Ausland, sodass sie zuständig und ihr daher die Vorakten zuzustellen seien. Da die IVSTA zunächst keine Abklärungen vornahm, sondern mit Verfügung vom 5. August 2016 (Vorakten 144) auf Nichteintreten schloss, stellte sich bis dahin die Frage des Bezugs der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ für die Abklärungen nicht. Dies änderte sich jedoch mit der Rückweisung der Sache zur materiellen Beurteilung (vgl. Urteil BVGer C-5235/2016). Nun hätte die IVSTA den Bezug der SVA prüfen müssen, denn bei (ehemaligen) Grenzgängern sind die Abklärungen von der kantonalen IV-Stelle vorzunehmen (vgl. E. 2.2.2 hiervor), wenn der Versicherte weiterhin im Grenzgebiet wohnt und der Gesundheitsschaden auf seine Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Bei den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Rückenbeschwerden handelt es sich um Leiden, welche bereits bei Verfügungserlass vom 25. April 2014 bestanden (MRT der LWS vom 7. Februar 2011, Vorakten 29; Bericht vom 15. September 2010, Vorakten 28, mit CT vom 1. September 2010, Vorakten 27; Bericht Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2013 S. 7, Vorakten 91). Die Augenoperation (fokale Netzhautlaserkoagulation), welche wegen der diabetischen Retinopathie indiziert war, ist auf die Diabeteserkrankung zurückzuführen (Vorakten 131; [https://flexikon.doccheck.com/de/Diabetische\\_Retinopathie](https://flexikon.doccheck.com/de/Diabetische_Retinopathie)), sodass es sich auch hier um eine Verschlechterung, bzw. um eine Komplikation eines im Zeitpunkt der Grenzgängertätigkeit bereits bestehenden Leidens handelt, womit die IVSTA die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ für die Abklärungen hätte beziehen müssen, was sie vorliegend unterliess. Ein Wechsel der Zuständigkeit von der ursprünglich zuständigen kantonalen IV-Stelle auf die IVSTA kann erfolgen, wenn prozessökonomische Gründe oder rechtliche Überlegungen für einen solchen Wechsel sprechen (Urteil EVG 232/03 vom 22. Januar 2004 E. 3.1 bis 3.3 sowie Urteil I 8/02 vom 16. Juli 2002 E. 2.4 je m.w.H.), wie zum Beispiel ein Wohnsitzwechsel. Der Beschwerdeführer hatte vorliegend sowohl bei der Erstanmeldung als auch bei der Neuanmeldung und im Zeitpunkt der Verfügung seinen Wohnsitz in Büsingen, womit kein Wohnsitzwechsel gegeben war. Zwar liegen neuere Berichte aus Deutschland vor, was für die Abklärung durch die IVSTA sprechen würde, da sie aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrung am besten in der Lage ist, Abklärungen im Ausland durchzuführen, jedoch ist, wie nachfolgend zu zeigen ist, die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen und ein polydisziplinäres Gutachten in der Schweiz durchzuführen, sodass vorliegend weder rechtliche noch prozessökonomische Gründe für einen Wechsel der Zuständigkeit hinsichtlich der Abklärungen gegeben sind. Die IVSTA wird daher nach erneuter Rückweisung die weiteren Abklärungen in Zusammenarbeit mit der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ vorzunehmen haben.

### **E. 2.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; BGE 139 V 335 E. 6.2; BGE 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 14. Juni 2018 in Kraft standen. Weiter sind aber auch Vorschriften zu beachten, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 2.4**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. Juni 2018) 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). Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten kardiologischen Berichte vom 18. Dezember 2018 (BVGer act. 16/1) und 19. Dezember 2018 (BVGer act. 16/2) datierend nach Verfügungserlass und stellen damit im vorliegenden Beschwerdeverfahren ein unzulässiges Novum dar. Hingegen werden sie nach der Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu berücksichtigen sein (vgl. E. 5.3.1 hiernach).

### **E. 3.1**

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

### **E. 3.2**

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

### **E. 3.3**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Betrag der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie, wie vorliegend, in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

### **E. 3.4**

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert oder wurde eine befristete Rente zugesprochen, 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. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2).

### **E. 3.5**

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 (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2). 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 (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

### **E. 3.6**

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. In Art. 88a IVV wird konkretisiert, welche Dauer oder Intensität die Sachverhaltsänderung aufweisen muss, um revisionsrechtlich relevant zu werden. Dabei handelt es sich letztlich um Konkretisierungen des für den Rentenanspruch massgebenden Invaliditätsbegriffs (BGE 133 V 67 E. 4.3.3).

### **E. 3.7**

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 - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2).

### **E. 3.8**

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 Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist.

### **E. 3.8.1**

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. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 E. 1c).

### **E. 3.8.2**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3.a; BGE 122 V 157 E. 1c). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss aber über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

### **E. 3.8.3**

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 (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb, m.H.).

### **E. 3.8.4**

Bei Stellungnahmen eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin 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 oder einer IV-Ärztin 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 oder die IV-Ärztin über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (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 der RAD 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 RAD beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (Urteil des BVerG C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 m.H.; Urteile des BVerG 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 m.H., Urteil des EVG I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des RAD keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (Urteil des BVerG 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

### **E. 3.8.5**

Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl den Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BVerG 8C\_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

### **E. 3.8.6**

Der Beweiswert eines zwecks Prüfung einer Neuanschuldung erstellten Gutachtens hängt - analog zu in Revisionsverfahren eingeholten Expertisen - wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine

effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteile des BGer 8C\_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.2 m.H und 9C\_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1; Urteil des BVGer C-5626/2017 vom 16. Juli 2019 E. 5.9.2).

#### **E. 4**

In Nachachtung des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts C-5235/2016 (Vorakten 159) trat die Vorinstanz auf die Neuanmeldung vom 27. Oktober 2015 (Vorakten 114) ein und verneinte, nach einer materiellen Prüfung, mit der angefochtenen Verfügung vom 14. Juni 2018 den Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Demnach bilden im vorliegenden Fall der 25. April 2014 (Vorakten 108; Datum der letzten rechtskräftigen Verfügung, welcher eine materielle Beurteilung des Rentenanspruchs zugrunde lag) und der 14. Juni 2018 (vorliegend angefochtene Verfügung) die zeitlichen Referenzpunkte. Ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 25. April 2014 und der angefochtenen Verfügung vom 14. Juni 2018 eine nach - analog anzuwendenden - revisionsrechtlichen Massstäben anspruchrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist (Urteil des BGer 8C\_587/2017 vom 14. Mai 2018 E. 2), ist nachfolgend zu prüfen.

#### **E. 4.1**

Beim Erlass der Verfügung vom 25. April 2014 (Vorakten 2, 108; Ausgangszeitpunkt) betreffend die Ausrichtung der befristeten Invalidenrente stützte sich die Vorinstanz insbesondere auf die medizinische Stellungnahme des IV-Arztes Dr. G. \_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, vom 23. Dezember 2013 (Vorakten 39, 91; Urteil des BVGer C-5235/2016 E. 5.1), welchem medizinische Unterlagen auf dem Gebiet der Kardiologie, Orthopädie, Chirurgie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin vorlagen (Vorakten 14, 15/1, 15/4, 15/5, 15/12ff, 15/19, 15/25ff., 15/40, 15/45, 18, 23ff., 71/3, 71/7, 71/14, 71/15ff., 71/26ff, 71/31ff., 71/38ff., 76, 88, 89). Im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5235/2016 E. 5.1 wurde dieser Bericht wie folgt zusammengefasst. Gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers vom 18. Dezember 2013 hielt der Facharzt für Allgemeine Innere Medizin als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Herzerkrankung mit reizlosem Status nach Myokardinfarkt im Oktober 2012 mit erfolgreicher Rekanalisation und Stentimplantation eines subtotalen Verschlusses der rechten Kranzarterie und kardiovaskulären Risikofaktoren (Ex-Nikotinabusus, Adipositas, essentielle arterielle Hypertonie, gut eingestellter, insulinpflichtiger Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörung) sowie belastungsabhängige Lumbalgien bei degenerativem LWS-Syndrom mit Bandscheibenbeteiligung fest. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er sodann einen reizlosen Zustand nach osteosynthetisch versorgter Sprunggelenksfraktur links (August 2012) sowie einen Status nach Refluxösophagitis (ösophagale Manifestation der gastroösophagealen Refluxkrankheit; Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264. Aufl. 2013, S. 1786) bei Hiatushernie (Bruch mit Verlagerung

von Magen[anteilen] und gegebenenfalls weiteren Baueingeweiden durch den Hiatus [Spalt]; Psyhyrembel, a.a.O., S. 888 f.) an. In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung kam er zum Schluss, dass seit dem Myokardinfarkt am 6. Oktober 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als (...) gegeben sei. Derzeit bestünden als Einschränkung belastungsabhängige Kreuzschmerzen bei einem vorbekannten degenerativen LWS-Syndrom mit computertomografisch gesichertem Bandscheibenprolaps (CT-Untersuchung vom 1. September 2010) im Bereich L 5/S 1. Der Bewegungsumfang sei bei der Untersuchung der LWS leichtgradig eingeschränkt gewesen, und es hätten keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik bestanden. Nebenbefundlich liege ein reizloser Zustand nach osteosynthetisch versorgter Sprunggelenksfraktur links vor. Insgesamt bestehe ein invalidisierender Gesundheitsschaden in Form einer koronaren Herzerkrankung mit Status nach Myokardinfarkt, zahlreichen kardiovaskulären Risikofaktoren einschliesslich eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus und eines degenerativen LWS-Syndroms mit Bandscheibenbeteiligung. Dies führe wiederholt zu belastungsabhängigen Kreuzschmerzen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als (...), welche nach Arbeitgeberauskunft schwere körperliche Arbeiten (...) beinhaltet habe, bestehe seit dem 6. Oktober 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Für eine angepasste Tätigkeit bestehe demgegenüber spätestens seit dem Untersuchungstermin vom 18. Dezember 2013 wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Als angepasstes Belastungsprofil bezeichnete er eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende körperliche Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 20 kg (ohne mechanische Hilfsmittel), ohne Akkord- und ohne Nachtschichten mit der Möglichkeit zur regelmässigen Mahlzeiteneinnahme (Vorakten 91).

#### **E. 4.2**

Der medizinische Sachverhalt stellte sich der IVSTA beim Erlass ihrer Verfügung 14. Juni 2018 (Vergleichszeitpunkt) wie folgt dar:

##### **E. 4.2.1**

Am 15. Dezember 2015 (Vorakten 122, 181), 19. Januar 2016, 26. Januar 2016 (Vorakten 124, 182, 183) und 9. Februar 2016 (Vorakten 184) bescheinigte Dr. H. \_\_\_\_\_, Ophthalmologe, die Durchführung von fokalen Netzhautlaserkoagulationen am linken und rechten Auge wegen diabetischer Retinopathie.

##### **E. 4.2.2**

Im Bericht des Klinikums I. \_\_\_\_\_ vom 21. April 2016 (Vorakten 139, 153, 185) führten die behandelnden Spezialisten der Abteilung für Wirbelsäulen Chirurgie aus, die Magnetresonanztomografie (MRT) zeige eine deutliche Retrolisthese von LWK 5 zu SWK 1 median mit Lateralisierung nach rechts. Der intra- und postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Die postoperativ durchgeführte Röntgenkontrolle der LWS habe einen regelrechten Befund gezeigt. Bei der Entlassung seien keine neuen neurologischen Defizite nachweisbar gewesen. Es sei eine disziplinierte Weiterführung der physikalischen Massnahmen und der dem Beschwerdeführer postoperativ gezeigten Übungen zu empfehlen. Die nächste Kontrolle sei in sechs bis acht Wochen vorgesehen. Der Beschwerdeführer teilte am 11. Mai 2016 (Datum Posteingang; Vorakten 134) der Vorinstanz mit, er leide trotz der Rückenoperation vom 19. April 2016 weiterhin an Lähmungserscheinungen, Taubheitsgefühlen und Schmerzen im rechten Bein.

##### **E. 4.2.3**

Wegen eines Venenleidens suchte der Beschwerdeführer am 9. Mai 2017 (Vorakten 158, 160) das Klinikum I. \_\_\_\_\_ auf. Die farbkodierte Duplexsonografie des tiefen und oberflächlichen Venensystems zeigte, dass die tiefen Venen beidseits frei, vollständig komprimierbar und ohne Anhalt für Insuffizienz oder Thrombosezeichen waren. Am rechten Bein war die Vena saphena magna von der Einmündung in der Leiste bis zum proximalen Unterschenkel insuffizient. Am linken Bein war die Vena saphena magna über die ganze Strecke sowie die Vena saphena parva an der distalen Hälfte suffizient. Am proximalen Unterschenkel war die Vena saphena parva insuffizient im Sinne einer kompletten Hach II Insuffizienz. Die untersuchenden Ärzte, Dr. J. \_\_\_\_\_ und Dr. K. \_\_\_\_\_, kamen zum Schluss, es bestehe die Möglichkeit, dass die bereits existente Hautveränderung am rechten Unterschenkel auf eine venöse Durchblutungsstörung zurückzuführen sei, bzw. von einer chronisch venösen Insuffizienz unterstützt werde. Aus diesem Grund sei die Behandlung der Varicosis zwingend erforderlich. Nachdem die konservative Behandlung nicht den gewünschten Erfolg brachte, wurde der Beschwerdeführer am 9. Januar 2018 operiert (Vorakten 186) und eine Crossektomie der Vena saphena magna mit Stripping bis zum Unterschenkel und Versorgung der insuffizienten Seitenäste über Miniphlebektomie rechts vorgenommen. Der Eingriff selbst und auch der postoperative Verlauf waren komplikationslos, sodass der Beschwerdeführer am ersten post operativen Tag nach Entfernung der Redondrainage entlassen werden konnte. Dr. L. \_\_\_\_\_ empfahl die weitere Bestrumpfung mit Oberschenkelstrumpf der KKL 2 für 6 Wochen, danach müsse man weitersehen.

#### **E. 4.3**

Die IV-Ärzte nahmen zu den Berichten (vgl. E. 4.2 hiervor) wie folgt Stellung:

##### **E. 4.3.1**

Mit Stellungnahme vom 2. Februar 2016 (Vorakten 125/2) führte der RAD-Arzt, Dr. G. \_\_\_\_\_, Internist, zu den ophthalmologischen Berichten vom 19. und 26. Januar 2016 aus, dass es sich hierbei um zwei komplikationslose Netzhautlaserungen beider Augen handle. Aus versicherungsmedizinischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand dadurch nicht rentenrelevant verändert. Diese Schlussfolgerungen wurden sodann durch die RAD-Ärztin Dr. C. \_\_\_\_\_, Internistin, in deren Stellungnahme vom 26. April 2016 bestätigt (Vorakten 131).

##### **E. 4.3.2**

Der IV-Arzt Dr. E. \_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, konstatierte am 23. Juli 2016 (Vorakten 143), aus dem Bericht über die stationäre Behandlung vom 18. April 2015 (recte: 2016) bis 22. April 2016 betreffend eine Diskushernienoperation gehe ein regelrechter postoperativer Verlauf hervor. Somit bestehe dadurch keine längere Arbeitsunfähigkeit, sodass aufgrund der beigelegten Unterlagen keine Änderung des Gesundheitszustandes in einer für den Anspruch erheblichen Weise glaubhaft gemacht worden sei.

##### **E. 4.3.3**

Am 7. April 2018 (Vorakten 189) fasste Dr. E. \_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, die vorhandenen Berichte datierend nach dem 25. April 2014 zusammen und stellte fest, präoperativ habe eine spinale Claudication von unter 100 Meter bestanden, welche postoperativ in keinem Dokument mehr erwähnt worden sei. Ferner habe eine Fussheberparese und ein leicht reduzierter Kraftgrad 4 von 5 am rechten Bein bestanden. Auch über diesen Befund sei postoperativ in keinem Dokument mehr berichtet worden,

zumal eine allfällig persistierende Fussheberparese mit einer Schiene kompensiert werden könne und bei Kraftgrad 4/5 ein angepasstes Arbeiten zumutbar sei. Für eine weitgehend neurologische Normalisierung am Bein spreche, dass diese Rückenoperation und entsprechende Befunde in den Berichten vom 28. März 2017 und 10. Januar 2018 nicht erwähnt worden seien. Aus der Sicht des medizinischen Dienstes sei dem Beschwerdeführer nach der Rückenoperation am 19. April 2016 und der Varizenoperation am 9. Januar 2018 eine leichte bis intermittierend mittelschwere Arbeit ganztags ohne Leistungsminderung seit dem 25. April 2014 weiterhin zumutbar.

#### **E. 4.4**

Aus dem Dargelegten ergibt sich, dass im Ausgangszeitpunkt als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Herzerkrankung mit Status nach Myokardinfarkt, ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus und ein degeneratives LWS-Syndrom mit Bandscheibenbeteiligung festgehalten wurde (vgl. E. 4.1 hiervor).

##### **E. 4.4.1**

Der Diabetes mellitus führte bis zum Vergleichszeitpunkt zu einer diabetischen Retinopathie (Mikroangiopathie der Blutgefässe der Netzhaut, [https://flexikon.doccheck.com/de/Diabetische\\_Retinopathie](https://flexikon.doccheck.com/de/Diabetische_Retinopathie)), welche mittels fokaler Netzhautlaserkoagulation am linken und rechten Auge behandelt werden musste (vgl. E. 4.2.1 hiervor). Die Operation verlief zwar komplikationslos, so dass ophthalmologisch bis zum Bundesverwaltungsgerichtsurteil C-5235/2016 vom 15. Dezember 2017 kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestand, jedoch sagt dies noch nichts darüber aus, wie es sich mit dem Diabetes mellitus verhält, welcher immerhin zu einer Komplikation führte. Diese Problematik wurde in den vorhandenen Berichten nicht thematisiert. Der Ophthalmologe Dr. H.\_\_\_\_\_ äusserte sich naturgemäss in seinen Behandlungsberichten einzig zum Ergebnis der Operation. Ebenso nahmen die IV-Ärzte Dr. G.\_\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_\_ nur zum Operationsergebnis Stellung und nicht zum Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus und dessen Verlauf. Eine Auseinandersetzung mit der Entwicklung des Diabetes mellitus fehlt damit vollständig in den Akten.

##### **E. 4.4.2**

Aus dem Bericht des Klinikums I.\_\_\_\_\_ vom 21. April 2016 geht hervor, dass die bereits im Ausgangszeitpunkt bestehenden LWS-Beschwerden zu neurologischen Defiziten führten, welche operativ behoben werden mussten. Die Operation verlief komplikationslos. Es wurde eine Kontrolle in sechs bis acht Wochen postoperativ vorgesehen und dem Beschwerdeführer empfohlen, die physikalischen Massnahmen und Übungen weiterzuführen. Ein Bericht von der Nachkontrolle ist nicht aktenkundig. Der Beschwerdeführer gab an, er leide trotz der Operation weiterhin an Lähmungserscheinungen, Taubheitsgefühlen und Schmerzen im rechten Bein. Daher stellt sich die Frage, ob einzig bei Entlassung keine neurologischen Defizite vorhanden waren, sich jedoch danach die gesundheitliche Situation verschlechterte. In den Akten finden sich keine medizinischen Untersuchungsberichte von Orthopäden, welche die weiterhin bestehenden Leiden des Beschwerdeführers thematisieren und zur Entwicklung des Rückenleidens bis zur Verfügung vom 14. Juni 2018 Auskunft geben. Der IV-Arzt Dr. E.\_\_\_\_\_ äusserte sich einzig zur Fussheberparese. Es trifft zwar zu, dass in den medizinischen Akten nach der Rückenoperation vom 19. April 2016 keine Fussheberparese mehr beschrieben wird, da jedoch einzig internistische Behandlungsberichte aktenkundig

sind, welche sich naturgemäss nicht zu einer Fussheberparese äussern, kann aus diesem Umstand nichts abgeleitet werden und erweist sich die Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_\_\_ als nicht schlüssig. Zudem verfügt Dr. E. \_\_\_\_\_ als Allgemeinmediziner, welchem keine einschlägigen orthopädischen Berichte zum Verlauf vorlagen und welcher selber keine Untersuchungen vornahm, nicht über das vorliegend notwendige Fachwissen, um den Verlauf der Rückenbeschwerden zu beurteilen. Die Vorinstanz hätte daher ein orthopädisches Gutachten in Auftrag geben müssen, das sich zum postoperativen Verlauf äussert und die weiterhin bestehenden Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers berücksichtigt.

#### **E. 4.4.3**

Als «neues» Leiden nach dem 25. April 2014 führte Dr. L. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 9. Januar 2018 (vgl. E. 4.2.3 hiervor) eine venöse Durchblutungsstörung auf. Er beschrieb einen komplikationslosen postoperativen Verlauf und hielt zugleich fest, dass nach der sechswöchigen Bestrumpfung weitergesehen werden müsse. Damit war der Fall für Dr. L. \_\_\_\_\_ nicht abgeschlossen, womit auch nicht feststeht, dass seitens der Venen keine relevanten Probleme mehr bestehen. Ein Verlaufsbericht ist nicht aktenkundig. Ebenso wurde nicht untersucht, ob ein Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus besteht und ob sich das Venenleiden ungünstig auf die Herzbeschwerden auswirkt. Die Vorinstanz hätte daher auch hier weitere Abklärungen veranlassen müssen.

#### **E. 4.5**

Nach dem Gesagten leidet der Beschwerdeführer vorliegend an unterschiedlichen Beschwerden. Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (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 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Die aktenkundigen fachärztlichen Berichte beinhalten aber keine solche Gesamtbeurteilung.

#### **E. 4.6**

Weiter äussern sich die Behandlungsberichte nicht ausführlich zur Entwicklung des Beschwerdebildes und enthalten namentlich keinen ausdrücklichen Vergleich zwischen den früheren und den aktuellen gesundheitlichen Verhältnissen; vielmehr wird darin vorwiegend der jeweils gegenwärtige Gesundheitszustand des Beschwerdeführers beschrieben und analysiert. Ein Vergleich des Gesundheitszustandes im Ausgangs- und im Vergleichszeitpunkt ist mit den vorhandenen Akten daher nicht möglich.

#### **E. 4.7**

Die Vorinstanz stützte die vorliegende angefochtene Verfügung vom 14. Juni 2018 auf die Stellungnahme ihres IV-Arztes Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 7. April 2018 (Vorakten 189), welcher selber keine Untersuchungen vornahm, sondern seiner Einschätzung einzig die vorhandenen Akten zugrunde legte. Aktenberichte eines IV-Arztes können indes nur dann eine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, wenn die beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (vgl. E. 3.8.4 hiervor). Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht gegeben, da ausschliesslich Behandlungsberichte ab 25. April 2014 vorliegen (vgl. E. 4.2 hiervor), welche naturgemäss die Anforderungen an medizinische Gutachten nicht erfüllen (vgl. E. 3.8.2 hiervor), keine Gesamtbeurteilung der Leiden enthalten (vgl. E. 4.5 hiervor)

und weder zur Arbeitsfähigkeit Auskunft geben noch einen Vergleich des Gesundheitszustandes betreffend Ausgangs- und Vergleichszeitpunkt enthalten (vgl. E. 3.8.6 hiervor). Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz nicht mit den internen Aktenberichten begnügen dürfen, sondern hätte in Zusammenarbeit mit der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten veranlassen müssen. Indem sie dies unterliess und damit den medizinischen Sachverhalt nicht hinreichend abklärte, verletzte sie Bundesrecht.

#### **E. 4.8**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es vorliegend nicht nur an einer für die invalidenversicherungsrechtlichen Belange umfassenden, fachübergreifenden, polydisziplinären Gesamtschau bezüglich der verschiedenen geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit fehlt (BGE 137 V 210 E. 1.2.4), sondern auch an einer rechtsgenügenden nachvollziehbaren interdisziplinären medizinischen Beurteilung bezüglich des Verlaufs des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 25. April 2014. Aufgrund dieser ungenügenden medizinischen Aktenlage steht der medizinische Sachverhalt nicht fest, weshalb auch nicht auf die RAD-Aktenbeurteilung abgestellt werden kann. Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz nicht mit den internen Aktenberichten begnügen dürfen, sondern hätte in Zusammenarbeit mit der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten veranlassen müssen, was die Vorinstanz nun nachzuholen hat.

#### **E. 5.1**

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass der medizinische Sachverhalt nicht allseitig abgeklärt wurde, sodass sich die funktionelle Leistungsfähigkeit und damit auch die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilen lassen. Es kann mithin nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden, da von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten fachärztlichen Beurteilung neue verwertbare und entscheidrelevante 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. Die Sache ist daher an die Vorinstanz zurückweisen, damit sie, unter Beizug der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_, die notwendigen weiteren Untersuchungen und Abklärungen in die Wege leiten kann.

#### **E. 5.2**

Hinsichtlich der erneuten Begutachtung sind Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, insbesondere auch Angiologie, Ophthalmologie, Kardiologie und Orthopädie angezeigt. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere 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 (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. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter

sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen. Folglich haben sie auch die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten kardiologischen Arztberichte vom 18. Dezember 2018 (BVGer act. 16/1) und vom 19. Dezember 2018 (BVGer act. 16/2) zu würdigen. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

### **E. 5.3**

Um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ermöglichen, ist die Durchführung der interdisziplinären medizinischen Begutachtung in der Schweiz unumgänglich, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (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). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (BGE 139 V 349 E. 5.2.1), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

### **E. 6.1**

Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter den gegebenen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Verlaufs des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Wie vorstehend dargelegt, konnte der IV-Arzt Dr. E.\_\_\_\_\_ nicht auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinne 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. 6.2**

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 Sachverhaltes auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (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 wurde. Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein polydisziplinäres Gutachten im Verwaltungsverfahren auch die Möglichkeit der Überprüfung durch ein Obergutachten genommen. Zudem litte bei regelmässiger Einholung von medizinischen Gerichtsgutachten die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht,

könnte doch die Verwaltung von vornherein darauf bauen, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2).

#### **E. 7**

Die Beschwerde ist daher gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 14. Juni 2018 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. 8**

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

##### **E. 8.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Die mit Zwischenverfügung vom 14. September 2018 (BVGer act. 9) gewährte unentgeltliche Rechtspflege findet daher keine Anwendung. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

##### **E. 8.2**

Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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