

BVGer C-3847/2020 vom 17. November 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-11-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3847_2020

FR: TAF C-3847/2020 du 17 novembre 2021

IT: TAF C-3847/2020 del 17 novembre 2021

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Beschwerdeführer den ihm auferlegten Kostenvorschuss fristgerecht überwiesen hat (BVGer act. 3), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 14. Juli 2020, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Sie war zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung des Beschwerdeführers zuständig, da dieser seinen Wohnsitz in Deutschland hat und zum Zeitpunkt der Anmeldung keiner Erwerbstätigkeit in der Schweiz nachging (Art. 40 Abs. 1 Bst. b IVV [SR 831.201]; act. 17, S. 3). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. Juli 2020) 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 Beschwerdeverfahren eingereichten ergänzenden medizinischen Unterlagen (Beilagen BVGer act. 1) sind allesamt vor Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden, weshalb sie ohne Weiteres in der Beweiswürdigung zu berücksichtigen sind.

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die

spätestens beim Erlass der Verfügung vom 14. Juli 2020 in Kraft standen; 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. 3.3

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland und hat während mehrerer Jahre in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausgeübt. 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 (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist.

E. 4.1

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; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7.3). 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. 4.2

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die AHV/IV geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Falls die Mindestbeitragsdauer mit schweizerischen Versicherungszeiten nicht erfüllt ist, müssen bei Schweizern sowie den

Angehörigen von EU/EFTA-Staaten Beitragszeiten mitberücksichtigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind. Beträgt allerdings die Beitragszeit in der Schweiz weniger als ein Jahr, so besteht kein Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente (Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Art. 36 N. 4). Der Beschwerdeführer hat vorliegend unbestrittenermassen während insgesamt 88 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet und überdies in Deutschland während mehrerer Jahre Beiträge entrichtet (vgl. act. 13; 14, S. 2 und act. 16 [IK-Auszug]), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist.

E. 4.3

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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.

E. 4.4

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). Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU/EFTA und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 4.5.1

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. 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). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 4.5.2

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen

Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, so dass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG).

E. 4.5.3

Der RAD steht den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Er setzt dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IV-Stellen, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht auch nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit weitere Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1; BGE 139 V 225 E. 5.2).

E. 5

Bezogen auf den relevanten Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. Juli 2020 lässt sich den vorliegenden medizinischen Unterlagen im Wesentlichen Folgendes entnehmen: - Mit Bericht vom 12. Januar 2015 diagnostizierte der behandelnde Orthopäde Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, eine Spondylolisthese L5/S1 Meyerding I-II. Gestützt auf diese Diagnose kam er zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Zimmermannmeister nicht mehr arbeitsfähig sei. Aus orthopädischer Sicht seien ihm indes leichte bis mittelschwere Arbeiten möglich, solange von ihm keine Tätigkeiten in Zwangshaltung oder solche mit einer Hebelbelastung von mehr als 10 kg abverlangt würden (Beilage zu BVGer act. 1). - Im Zuge einer notfallmässigen Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 24. bis 31. Mai 2016 diagnostizierten die verantwortlichen Ärzte des Klinikums D. _____ mit Bericht vom 27. Mai 2016 insbesondere einen Nierentumor (rechts > 15 cm mit grossem okkludierendem Tumorthrombus in der Nierenvene bis in die Vena cava inferior, ohne Metastasen). Überdies befundeten sie im Rahmen einer Computertomografie vom 30. Mai 2016 eine mässige Degeneration der Brustwirbelsäule (Beilage zu BVGer act. 1). - Im Austrittsbericht des Klinikums D. _____ vom 4. Juli 2016 wurde ein Nierenzellkarzinom

rechts diagnostiziert. Dem Bericht ist zu entnehmen, dass am 14. Juni 2016 eine Nephrektomie und Adrenalektomie rechts (Nieren- und Nebennierenentfernung: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264. Aufl. 2013, S. 29 und S. 1435), eine Lymphadenektomie (Lymphknotenentfernung: Pschyrembel, a.a.O., S. 1249) und eine Cavotomie mit Thorakotomie rechts (Eröffnung der grossen Hohlvene mit Brustkorböffnung: vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 355 und S. 2081) durchgeführt wurden. Während des stationären Aufenthaltes in der spezialisierten Abteilung des Klinikums wurden zudem diverse postoperative Komplikationen behandelt (act. 37). - Im Anschluss an einen Rehabilitationsaufenthalt des Beschwerdeführers vom 19. Juli bis 16. August 2016 in E. _____/DE hielten Prof. Dr. med. F. _____ und Dr. univ. G. _____ in ihrem Entlassungsbericht an die DRV vom 22. August 2016 als Diagnosen ein Nierenzellkarzinom (ICD-10 C64), einen Zustand nach radikaler Nephrektomie, Cavatomie und Thorakotomie (ICD-10 Z905), eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I1000) sowie eine Adipositas mit BMI > 40 (ICD-10 E6602) fest. Beim Austritt am 16. August 2016 wurden die Rehabilitationsziele aus subjektiver und objektiver Sicht als erfüllt betrachtet, wobei sich noch eine kleine Wundheilstörung mit Besserungstendenz sowie eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit zeigte und Narbenbeschwerden beklagt wurden. Zur Konsolidierung der Operationsnarben wurde dem Beschwerdeführer bis drei Monate nach erfolgter Operation noch eine Hebe- und Tragedispens für Lasten von mehr als 10 bis 15 kg attestiert und danach eine volle Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit überwiegender Arbeitshaltung im Stehen, Gehen und Sitzen prognostiziert (act. 39). - Mit Austrittsbericht vom 1. September 2017 führten Dres. med. H. _____ aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund eines Nierenzellkarzinomrezidivs mit lymphogener Metastasierung und mit Nebenbefunden der chronischen Niereninsuffizienz, der arteriellen Hypertonie, des Diabetes mellitus Typ 2 und der Adipositas per magna vom 24. Juli 2017 bis 1. September 2017 erneut habe hospitalisiert werden müssen. Am 7. August 2017 seien die Cavathrombus- und mediastinale Lymphknotenentfernung vorgenommen worden, gefolgt von einer Chemotherapie ab 30. August 2017 (act. 4, S. 1 - 5). - Nach einem erneuten stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Rehabilitationsklinik I. _____ (E. _____/DE) hielten die verantwortlichen Ärzte in ihrem zuhanden der DRV erstellten Entlassungsbericht vom 3. November 2017 neu die Diagnosen des Cavathrombus-Rezidivs, bei Zustand nach Thrombusentfernung und mediastinaler Lymphknotenentfernung (7. August 2017; ICD-10 Z540), der Chemotherapie mit Sutent (seit 30. August 2017; ICD-10 Z542), der Wundheilungsstörung (ICD-10 T813) sowie der Niereninsuffizienz (Stadium III) fest. Ferner führten sie aus, dass durch den Aufenthalt eine objektive und subjektive Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit habe erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe bei unauffälligem psychischen Befund, bei gelegentlich noch bestehenden Narbenbeschwerden und begonnener intensivierter Insulintherapie am 24. Oktober 2017 aus der Klinik entlassen werden können. Die während des Aufenthalts erfolgte orthopädische Untersuchung der beklagten Beschwerden in der Lendenwirbelsäule und Schmerzen im linken Kniegelenk ergaben mit Ausnahme einer festgestellten rechtskonvexen Krümmung im Bereich der Brustwirbelsäule und einem paravertebralen Muskelhartspann ansonsten unauffällige Befunde. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurde eine volle Arbeitsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit mit überwiegender Arbeitshaltung im Stehen, Gehen und Sitzen attestiert (act. 41). - Aufgrund eines entgleisten Diabetes mellitus Typ 2 mit zunehmender Insulinresistenz wurde der Beschwerdeführer gemäss Austrittsbericht des Klinikums D. _____ vom 9. April 2018

während einer Woche stationär behandelt. Beim Austritt am 10. April 2018 wurde ein deutlich gebesserter Allgemeinzustand festgestellt (act. 5). - Die behandelnden Ärzte der Rehabilitationseinrichtung I. _____ führten in ihrem zuhänden der DRV erstellten Entlassungsbericht vom 10. Juli 2018 aus, dass die mit dem stationären Aufenthalt vom 5. Juni 2018 bis 3. Juli 2018 angestrebte verbesserte allgemeine Kräftigung und Belastbarkeit habe erreicht und auch die Blutzuckereinstellung habe optimiert werden können. Ebenfalls sei die gewünschte Verbesserung des psychischen Zustandes objektiv wie subjektiv eingetreten. Der Beschwerdeführer werde beim Austritt als psychisch stabil und ausgeglichen wahrgenommen. Weiter wurde eine Gewichtsreduktion von 4 kg festgehalten und dem Beschwerdeführer nahegelegt, regelmässig diabetologische Kontrollen durchführen zu lassen, die Gewichtsreduktionsbemühungen fortzusetzen, salzarm zu essen und regelmässig Sport zu treiben. Ferner attestierten die Ärzte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit in jeweils überwiegender Arbeitshaltung im Stehen, Gehen und Sitzen. Aufgrund der intensivierten Insulintherapie seien allerdings Pausen für regelmässige Blutzuckermessungen und Nahrungsaufnahmen erforderlich, und Nachtschichten sollten möglichst vermieden werden (act. 43). - Im Austrittsbericht der Chirurgischen Klinik der Universitätsklinik J. _____ vom 19. März 2019 wurde festgehalten, dass der stationäre Aufenthalt vom 9. bis 19. März 2019 zwecks Entfernung der Drahtcerclagen nach der Sternotomie vom 7. August 2017 anlässlich der Cavathrombusentfernung erfolgt sei (act. 6). - Der behandelnde Urologe hielt in seinem zuhänden der DRV erstatteten Bericht vom 2. Dezember 2019 eine Vollremission der malignen Tumorerkrankung fest und verneinte gleichzeitig weitere Rezidive (act. 45). - Mit Bericht vom 11. April 2019 bestätigte die zuständige Krankenkasse zuhänden der DRV folgende Arbeitsunfähigkeiten (act. 7, S. 3): - 100% vom 23. Mai 2016 bis 1. Februar 2017 - 100% vom 20. April 2017 bis 28. April 2017 - 100% vom 29. Mai 2017 bis 16. März 2018 - 100% vom 28. März 2018 bis 3. Juli 2018 - 100% vom 30. Januar 2019 bis 1. Februar 2019 - 100% vom 25. Februar 2019 bis 29. März 2019 - Unter Berücksichtigung der aus den Akten hervorgehenden Befunde und Beschwerden kam RAD-Ärztin Dr. med. K. _____, FMH Allgemeine Medizin und Gutachterin SIM, am 22. Januar 2020 bzw. 16. März 2020 zu folgender Beurteilung (act. 26 und 47): - Als Hauptdiagnose hielt sie ein Lumbovertebralsyndrom ohne radikuläre Symptomatik fest. Trotz fehlenden medizinischen Unterlagen attestierte sie dem Beschwerdeführer diesbezüglich eine offensichtliche volle Arbeitsunfähigkeit als Zimmermann seit November 2015, da gemäss Reha-Entlassungsbericht vom 3. November 2017 (act. 41) in Deutschland seit Februar 2016 ein entsprechender Umschulungsversuch laufe. - Als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt sie das Nierenzellkarzinom fest, das seit Juni 2016 in den aktenkundigen medizinischen Berichten erwähnt worden und seit Dezember 2019 als rezidivfrei zu bewerten sei. Aufgrund der Behandlungsanamnese sei eine eingeschränkte Belastbarkeit in einer angepassten Tätigkeit bis drei Monate postoperativ begründet. Spätestens ab Oktober 2016 bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Aufgrund des Tumorrezidivs mit Atemnot und Bauchwasser attestierte sie dem Beschwerdeführer ab 1. Juli 2017 eine erneute volle Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, die bis zum Ende der zweiten Rehabilitation angedauert habe und somit spätestens per 31. Oktober 2017 beendet gewesen sei. - Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit wurden weiter die Adipositas per magna, der Diabetes mellitus, die arterielle Hypertonie und die leichte Niereninsuffizienz festgehalten. Die RAD-Ärztin stufte die kurze Hospitalisation zur Einstellung des entgleisten Diabetes

im April 2018, die Rehabilitationsmassnahme vom 5. Juni bis 3. Juli 2018 zur Einstellung des Diabetes und zur Gewichtsreduktion sowie die stationäre Behandlung vom 9. bis 19. März 2019 zwecks Drahtcerclagen mit einer zu erwartenden abgeschlossenen Wundheilung drei Wochen postoperativ nicht als weitere invaliditätsrelevante Arbeitsunfähigkeit ein. - In einem zuhanden der DRV erstellten Entlassungsbericht hielten die verantwortlichen Ärzte der L. _____-Klinik am 15. April 2020 nach einem stationären Rehabilitationsaufenthalt des Beschwerdeführers vom 11. März bis 1. April 2020 fest, bei der vegetativen Anamneseerhebung seien insbesondere Schlafstörungen, eine Erschöpfung, Gewichtsprobleme und geschwollene Beine beidseits festzuhalten. Letztere Symptome würden gemäss Angaben des Beschwerdeführers zu Einschränkungen in der Beweglichkeit und bei Aktivitäten des täglichen Lebens führen. Im Befund wurden beidseitige Beinödeme angegeben und Sensibilitätsstörungen in den Füessen festgehalten. Ferner wurden eine Wirbelsäule ohne Klopfschmerzen, keine lokalisierten Druckschmerzen und unauffällige kleine Gelenke, bei flüssigem Gangbild und Lagewechsel ohne Einschränkungen der körperlichen Funktionalität (bspw. An-/Ausziehen) sowie eine weiche Bauchdecke ohne Resistenzen, ein Nierenlager (links) ohne Klopfschmerzen und reizlose Narbenverhältnisse nach Nephrektomie rechts und Tumorthrombusentfernung festgestellt. Regionale Lymphknoten seien nicht tastbar. Ferner wurde eine paraumbilicale Hernie attestiert, die sich während der Rehabilitation manifestiert habe. Zur Arbeitsfähigkeit wurde unter Verweis auf eine seit 23. April 2019 laufende befristete Erwerbsminderungsrente nicht Stellung genommen (act. 53). - Auf diese Befunde und Beschwerden ging Dr. med. K. _____ in ihrer Stellungnahme vom 25. Mai 2020 ein. Die neu diagnostizierte paraumbilicale Hernie stuft sie als behandlungsbedürftig ein, schloss jedoch bei regulärem Verlauf eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. Aufgrund der nun offensichtlichen Insulinpflicht attestierte sie dem Beschwerdeführer - aus rechtlicher Sicht - eine fehlende Fahrerlaubnis für professionelle Fahrten. Zu den Rückenbeschwerden hielt sie fest, dass der einzige aktenkundige Befund (September 2017) weitgehend bland sei. Es werde nur eine leichte Skoliose ohne Funktions-/Bewegungseinschränkungen erwähnt und im neuen Rehabilitationsentlassungsbericht würden normale Befunde umschrieben. Zur festgehaltenen Polyneuropathie äusserste sich die RAD-Ärztin nicht explizit. Sie hielt im Übrigen an ihrer bisherigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fest und wies darauf hin, dass von einem deutschen Schwerbehindertenausweis nicht automatisch auf einen Rentenanspruch in der Schweiz geschlossen werden könne (act. 56). - In ihrer medizinischen Stellungnahme vom 31. August 2020 nahm Dr. med. K. _____ zu den neu eingereichten medizinischen Unterlagen dahingehend Stellung, dass der orthopädische Bericht aus dem Jahr 2015 die von ihr attestierte volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Zimmermann bestätige. Basierend auf den Angaben im Austrittsbericht vom 27. Mai 2016 (Beilage zu BVGer act. 1) sei der Arbeitsunfähigkeitsbeginn in einer angepassten Tätigkeit aufgrund der Hauptdiagnose auf den 24. Mai 2016 vorzuverschieben. Im Weiteren sei anzufügen, dass gerade die Befunde im letzten aktenkundigen Reha-Entlassungsbericht klar für eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sprechen würden. Lediglich die Adipositas und die Beinödeme seien als pathologische Befunde aufgeführt. Psychische Befunde seien keine erwähnt. Die aufgelistete Medikation lasse zudem nicht auf Befunde schliessen, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zeitlich einschränken könnten. Ferner seien von einer Begutachtung keine zusätzlichen Erkenntnisse bezüglich der Arbeitsfähigkeit zu

erwarten (Beilage zu BVGer 6).

E. 6

Die Vorinstanz stützt sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung auf die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin, Dr. med. K. _____ (act. 26, 47, 56).

E. 6.1

Bevor der medizinische Inhalt der Beurteilungen gewürdigt werden kann, sind die formell-rechtlichen Anforderungen zu prüfen:

E. 6.1.1

Vorab fällt auf, dass die RAD-Ärztin in ihren versicherungsmedizinischen Stellungnahmen nicht das umfassende Beschwerdebild des Beschwerdeführers berücksichtigt hat; denn auf die aktenkundige diabetische Polyneuropathie ist sie nicht eingegangen. Es bleibt daher unklar, welchen Schweregrad diese aufweist und in wie weit sie sich auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt. Hinzu kommt, dass sich in den Akten kein neurologischer Bericht mit detaillierten Befunden findet. Die durch die Rehabilitationsärzte vorgenommenen neurologischen Eintrittsuntersuchungen (act. 41, 43, 53) können eine spezialärztliche Befundaufnahme mit detaillierten Messwerten nicht ersetzen. Die medizinischen Expertisen der RAD-Ärztin beruhen somit nicht auf einem bereits feststehenden medizinischen Sachverhalt. Folglich hätte die Vorinstanz nicht von einer Begutachtung mit persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers absehen dürfen.

E. 6.1.2

Weiter ist die RAD-Ärztin nicht auf die im Selbsteinschätzungsbogen der DRV vom 27. März 2019 aufgelisteten Beschwerden, wie die beklagte Reizüberflutung, die Konzentrationsdefizite, die Fatigue, die permanenten Knie- und die Narbenschmerzen am Bauch und im sternalen Bereich (act. 8, S. 1) eingegangen. Aus der Tatsache, dass der Beschwerdeführer im «Fragebogen für die/den Versicherte/n» vom 18. Oktober 2019 (Posteingang IVSTA; act. 17, S. 1) nur noch die Gleitwirbelproblematik, das Nierenzellkarzinom, den Cavathrombus und den Diabetes aufgeführt hat, kann nicht ohne Weiteres darauf geschlossen werden, dass er nicht mehr an diesen Beschwerden leidet. Insbesondere wird im Behandlungsbericht vom 15. April 2020 auf eine Schlaflosigkeit, eine Erschöpfung und auf eine vom Beschwerdeführer beklagte Beeinträchtigung durch die Neuropathiesymptome hingewiesen (act. 53, S. 3 f.).

E. 6.1.3

Ferner verfügt die RAD-Ärztin als Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin nicht über die für eine umfassende Abklärung des medizinischen Sachverhaltes erforderliche Spezialausbildung (vgl. zu diesem Erfordernis Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 [SVR 2009 IV Nr. 56] E. 4.3.1; Meyer/ Reichmuth, a.a.O., N. 5 zu Art. 59). Insbesondere bezüglich der orthopädischen und neurologischen Diagnosen ist die Voraussetzung hier nicht gegeben, so dass an der Aussagekraft der RAD-Berichte zu zweifeln ist. Das vorliegende komplexe Beschwerdebild (vgl. dazu act. 26, S. 2) hätte eine fachärztliche und interdisziplinäre medizinische Sachverhaltsabklärung erfordert.

E. 6.1.4

Aus dem Dargelegten folgt, dass die medizinischen Stellungnahmen der RAD-Ärztin den bundesgerichtlichen Anforderungen bereits in formeller Hinsicht nicht standhalten.

E. 6.2

Wie nachfolgend zu zeigen ist, bestehen auch inhaltlich Zweifel an der Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit der Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin.

E. 6.2.1

Obwohl bis zum Verfügungserlass am 14. Juli 2020 in Bezug auf die Rückenproblematik weder medizinische Berichte der rückenbehandelnden Ärzteschaft noch Unterlagen der DRV, welche den Umschulungsanspruch aufgrund von Rückenbeschwerden bestätigen würden, aktenkundig sind, geht die RAD-Ärztin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit aus. Eine kritische Gegenüberstellung der Beschwerden mit den Befunden findet sich in den medizinischen Stellungnahmen der RAD-Ärztin nicht. Es ist widersprüchlich, eine volle Arbeitsunfähigkeit als Zimmermann aufgrund von Rückenbeschwerden anzunehmen, wenn die aktenkundigen Befunde mit Ausnahme eines einmalig attestierten Muskelhartspanns und einer Skoliose sonst bland sind, als normal eingestuft werden und keine Funktions-/Bewegungseinschränkungen hervorrufen (vgl. act. 41, S. 7 f.; act. 53, S. 4). Der im Beschwerdefahren nachgereichte spezialärztliche Bericht von Dr. med. C. _____ vom 12. Januar 2015 (Beilage zu BVGer act. 1) vermag diesen Widerspruch nicht aufzulösen: Wohl enthält dieser eine ICD-Diagnose «Spondylolisthese L5/S1» mit Bekanntgabe des Ausmasses des Wirbelgleitens (Meyerding I-II; Grad 1 entspricht einem Abrutschen des L5 um weniger als ein Viertel der Grösse, des darunterliegenden S1, Grad 2 entspricht einem Wirbelkörperversatz von 25 bis 50 %

[<<https://www.psychyrembel.de/Meyerding%20Grade/A06AV/doc>>, abgerufen am: 19. Oktober 2021]), bestätigt ab Januar 2015 die volle Arbeitsunfähigkeit als Zimmermannmeister und hält die objektiven funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit fest. Darin nicht enthalten sind allerdings die Beschwerdeanamnese sowie der Befund zum Zeitpunkt der Berichtserstellung. Ferner fehlt es am Gesundheitsverlauf ab Januar 2015 bis zum Verfügungserlass fünf Jahre später. Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischenzeitlich verändert hat.

E. 6.2.2

Hinsichtlich der Folgen des Nierenzellkarzinoms fällt auf, dass die RAD-Ärztin nicht festhält, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die durchlittene Krebserkrankung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt.

E. 6.2.3

Bei der unter den attestierten Nebendiagnosen ohne Einwirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführten Adipositas per magna ist anzumerken, dass diese Diagnose rechtsprechungsgemäss grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität bewirkt, solange sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht Folgen von solchen Schäden ist (Urteil des BGer 8C_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2. mit Hinweisen). Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles dennoch als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich

zur Folge hat (Urteile des BGer 9C_506/2020 vom 10. März 2021 E. 5.3.2; 8C_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2 mit Hinweisen). In den medizinischen Stellungnahmen der RAD-Ärztin finden sich weder Ausführungen zu möglichen vorhandenen Folgeschäden aufgrund des starken Übergewichts des Beschwerdeführers (bspw. eine mögliche metabolische oder kardiovaskuläre Komplikation, wie der attestierte Diabetes mellitus Typ 2 oder die diagnostizierte arterielle Hypertonie), noch geht die RAD-Ärztin auf die Frage der Zumutbarkeit einer Gewichtsreduktion ein. In Anbetracht der (zunehmenden) Dauer der Adipositas per magna (erstmalig im Juni 2016 mit einem BMI von 46 kg/m² aktenkundig: act. 37, S. 2) wird zu prüfen sein, ob eine massive Gewichtsabnahme im Rahmen der Schadenminderungsobliegenheit zumutbar ist. Diese Prüfung drängt sich auf, weil trotz mehreren Rehabilitationsaufenthalten, die unter anderem auch die Gewichtsreduktion zum Ziel hatten, der Beschwerdeführer sein Gewicht weder halten noch reduzieren konnte (act. 39, S. 8; act. 43, S. 8 f.). Vielmehr hat er bei einer Grösse von 185 cm seit Juli 2016 rund 30 kg zugenommen (Stand April 2020, 160 kg: act. 53, S. 4).

E. 6.2.4

Ebenfalls bleibt ungeklärt, ob die schwere Fettleibigkeit im Zusammenhang mit den weiteren Nebendiagnosen wie dem Diabetes mellitus Typ 2, der diabetischen Polyneuropathie, der arteriellen Hypertonie und der leichten Niereninsuffizienz eine derartige Schwere aufweist, dass aufgrund des Zusammenspiels dieser Nebendiagnosen eine weitere Einschränkung der Leistungsfähigkeit besteht. Bezüglich des Diabetes mellitus Typ 2 ist eine zunehmende Insulinresistenz aktenkundig (act. 5, S. 2) und es wird eine Diabetesentgleisung festgehalten (act. 5, S. 2; act. 43, S. 8). Die behandelnden Ärzte bescheinigen dem Beschwerdeführer vermehrte Arbeitspausen zwecks Ermöglichung einer regelmässigen Blutzuckermessung und Nahrungsaufnahme (act. 43, S. 2). Die RAD-Ärztin hält eine rechtliche Fahruntfähigkeit für professionelle Fahrten fest (act. 56, S. 2), auf die erhöhte Pausenbedürftigkeit und die Probleme der Blutzuckereinstellung geht sie nicht ein. Wohl vermag ein adäquat eingestellter Diabetes mellitus nach Rechtsprechung für sich alleine ebenfalls keine Invalidität zu begründen (Urteil BGer 8C_903/2014 vom 13. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 94/06 vom 23. August 2006 E. 3.4 mit Hinweisen; Urteil BGer 8C_903/2014 vom 13. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen), dennoch bleiben aus diabetologischer/endokrinologischer Sicht die genauen Befunde und der Umfang der Pausenbedürftigkeit unklar. Im vorliegenden Fall ist es auf Grund der zunehmenden Insulinresistenz zudem fraglich, ob die vorerwähnte bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Anwendung gelangen kann. Das Ausmass der funktionellen Leistungsfähigkeit lässt sich bei dieser Sachlage nicht verlässlich ermitteln.

E. 6.3

Damit ergeben sich gesamthaft betrachtet mehr als nur geringe Zweifel an der Arbeitsfähigkeitseinschätzung des RAD Rhone. Die Tatsache, dass der DRV dem Beschwerdeführer eine ganze Erwerbsminderungsrente zugesprochen hat (Beilage zu BVGer act. 8), darf zudem nicht ausser Acht gelassen werden. Obwohl der Entscheid des DRV bis zum 30. April 2022 befristet und für die Vorinstanz nicht rechtsbindend ist, ist er zumindest als Indiz dafür zu werten, dass eine erhebliche gesundheitliche Einschränkung vorliegt.

E. 6.4

Abschliessend ist daher festzuhalten, dass sich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen lässt. Es fehlt somit eine verlässliche Entscheidungsgrundlage, um abschliessend über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden. Angesichts der multiplen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, eine polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz anzuordnen (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der medizinische Sachverhalt ist folglich, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten (unter Einbezug aller relevanten medizinischen Dokumente), weiter abzuklären.

E. 7.1

Nach dem Gesagten steht fest, dass die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen ist und den rechtserheblichen Sachverhalt damit unvollständig festgestellt hat. Die angefochtene Verfügung ist folglich aufzuheben und die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie in Zusammenarbeit mit dem RAD ein polydisziplinäres Gutachten in der Schweiz im Sinne von Art. 72bis IVV (nach dem Zufallsprinzip) einhole und anschliessend erneut über das Leistungsbegehren entscheide. Hat die Verwaltung wie vorliegend wesentliche Fragen überhaupt nicht abgeklärt, steht die Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 einer Rückweisung nicht entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; Urteil des BGer 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.2).

E. 7.2

Bei der Durchführung der gebotenen polydisziplinären Begutachtung sind in jedem Fall folgende Fachbereiche zu berücksichtigen: - die Allgemeine Innere Medizin mit Spezialisierung auf Endokrinologie/Diabetologie für die Folgen des Nierenzellkarzinoms, der Adipositas per magna, des Diabetes mellitus, der arteriellen Hypertonie und der chronischen Niereninsuffizienz, - die Orthopädie allenfalls die Rheumatologie für die beklagten Rücken- und Kniebeschwerden sowie - die Neurologie für die Polyneuropathie. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden (bspw. aus dem Fachbereich Psychiatrie) 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 auch 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).

E. 7.3

Im Anschluss an die umfassende und vollständige Abklärung des medizinischen Sachverhaltes und unter Würdigung sämtlicher rechtserheblicher Akten wird die Vorinstanz neu über das Rentengesuch des Beschwerdeführers zu entscheiden haben.

E. 7.4

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 14. Juli 2020 aufzuheben und die Streitsache zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen 7.1 bis 7.3 zur Neu beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen

ist.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), so dass der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- dem Beschwerdeführer auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine notwendigen und verhältnismässig hohen Aufwendungen entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (Art. 64 Abs. 2 VwVG). Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

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