

# **BVGer C-4223/2022 vom 24. Juli 2025**

Bundesverwaltungsgericht, 2025-07-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4223\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4223_2022)

FR: TAF C-4223/2022 du 24 juillet 2025

IT: TAF C-4223/2022 del 24 luglio 2025

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59

C-4223/2022 Seite 5 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und knapp formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 VwVG, Art. 52 Abs. 1 VwVG sowie Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und somit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 134 V 418 E. 5.2; 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 19. August 2022, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels eines rentenbegründenden IV-Grades von 2.35 % abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den Rentenanspruch zu Recht abgelehnt hat.

#### **E. 2.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG). Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen 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. BVGE 2013/46 E. 3.2).

#### **E. 2.2**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1

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 (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht umfasst damit nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. F. GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche

C-4223/2022 Seite 6 Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2).

### **E. 2.3**

Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6). Die blosse 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 (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, n. publ. in: BGE 140 V 220).

### **E. 2.4**

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, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert (IVSTA-act. 7, 10). Es liegt daher ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Somit 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

C-4223/2022 Seite 7 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 Anwendungsbe- reich 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; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

### **E. 3.2**

In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtli- cher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führen- den Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV [AS 2021 705; BBl 2020 5535]; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Ände- rungen vom 3. November 2021 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; RS 831.201; AS 2021 706) in Kraft getre- ten. Vorliegend ist die Vorinstanz auf ein erstes am 19. November 2019 über die Deutsche Rentenversicherung eingereichtes Leistungsgesuch mangels Mitwirkung des Beschwerdeführers (Nichteinreichen der einverlangten Fragebögen für Arbeitgebende und für Versicherte) mit Verfügung vom 29. März 2021 nicht eingetreten; diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Die damals einverlangten Fragebögen gingen erst am 17. Februar 2022 und am 23. Februar 2022 bei der Vorinstanz ein. Diese Eingaben nahm die Vorinstanz zu Recht als neues Gesuch per 17. Februar 2022 entgegen (vgl. U. KIESER / M. KRADOLFER / M. LENDFERS [Hg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozi- alversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, ad Art. 43 Rz. 119). Folglich sind in Anbetracht der am 17. Februar 2022 erfolgten Neuanmeldung Leis- tungen mit allfälligem Anspruchsbeginn nach dem 31. Dezember 2021 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) beurteilt sich die Streitigkeit demnach nach der ab 1. Januar 2022 geltenden Rechtslage.

### **E. 3.3**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 19. August 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2).

Tatsachen, die jenen

C-4223/2022 Seite 8 Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3).

### **E. 4.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidi- tät kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch

Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine 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 längerer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

#### **E. 4.2**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Gemäss Art. 28 Abs. 1bis IVG wird eine Rente nach Absatz 1 nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1bis und 1ter IVG nicht ausgeschöpft sind. Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, was vorliegend der Fall ist (vgl. IK-Auszug vom 30. April 2019 [IVSTA-act. 7]).

C-4223/2022 Seite 9

#### **E. 4.3**

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG 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 (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG wird die Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht.

#### **E. 4.4**

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Verwaltungsverfahren ist mithin vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (statt vieler Urteile des BGer 9C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 und 9C\_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der

Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache der verfügbaren Verwaltungsstelle (oder des Sozialversicherungsgerichts) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 m.H.).

#### **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

C-4223/2022 Seite 10 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; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteile des BGER 9C\_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

#### **E. 4.5.2**

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGER 8C\_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGER 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.).

### **E. 4.5.3**

Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fach- ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015

C-4223/2022 Seite 11 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

### **E. 5**

Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz das erste Gesuch des Beschwerdeführers vom 19. November 2019 nicht materiell geprüft hat, sondern auf dessen Gesuch mit Verfügung vom 29. März 2021 mangels Mitwirkung nicht eingetreten ist (vgl. IVSTA-act. 28). Demzufolge gelangen vorliegend die revisionsrechtlichen Grundsätze bei einer Neuankündigung nicht zur Anwendung (vgl. Art. 87 Abs. 3 IVV e contrario). Die Vorinstanz hat das neue Gesuch per 17. Februar 2022 zu Recht wie ein erstmaliges Gesuch behandelt und geprüft.

### **E. 6**

Die Vorinstanz ging gemäss der angefochtenen Verfügung vom 19. August 2022 davon aus, dass beim Beschwerdeführer seit dem 24. Dezember 2015 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kranführer bestand, jedoch seit dem 8. August 2016 eine den Leiden angepasste wechselbelastende Tätigkeit (unter Vermeidung von Rumpfrotationen, Überkopfarbeiten, Hocken und Knien, Heben von Gewichten über

#### **E. 6.1.1**

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen

Sach- verhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil des BGer 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3).

### **E. 6.1.2**

Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersu- chungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fach- ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachver- halts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Per- son in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_647/2020 vom 26. August 2021 E. 4.2 mit Hinweisen; 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, je mit Hinweisen). Enthalten die Akten für die streitigen Be- lange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Be- urteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten es dem RAD erlaubten, sich ein umfassendes Bild der gestellten Diagnosen, der ge- sundheitlichen Beeinträchtigungen (Verlauf und gegenwärtiger Status) und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

### **E. 6.1.3**

Ob die Aktenbeurteilung des RAD den soeben wiedergegebenen rechtlichen Anforderungen genügt, ist im Folgenden zu prüfen.

C-4223/2022 Seite 13

## **E. 6.2**

Der Vorinstanz lagen hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszu- standes und der Arbeits(un)fähigkeiten des Beschwerdeführers zunächst folgende medizinischen Unterlagen vor:

### **E. 6.2.1**

Aufgrund eines am 11. November 2015 bei der Arbeit erlittenen Bandscheibenvorfalls (vgl. dazu die Schadenmeldung der damaligen Ar- beitgeberin an die Unfallversicherung vom 7. März 2016 [IVSTA-act. 48]) befand sich der Beschwerdeführer gemäss Bericht des Klinikums E.\_\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2015 vom 22. bis 30. Dezember 2015 in stationärer Behandlung. Aufgrund eines radiologisch nachgewiesenen Bandscheibenvorfalls auf der Höhe L5/S1 mit Tangierung der Nervenwur- zel S2 rechts durch den Sequester und einer dazu passenden klinischen Symptomatik im Sinne eines einseitigen Caudasyndroms rechts wurde die Diagnose «Nach caudal sequestrierter Bandscheibenvorfall der Höhe L5/S1 mediolateral rechts» gestellt; anamnestisch wurden zudem ein Zu- stand nach Bandscheibenoperation L4/5 1986 sowie eine Hepatitis C als Diagnosen aufgeführt. Aufgrund des festgestellten Caudasyndroms auf der Höhe L5/S1 wurde eine Sequestrektomie durchgeführt. Postoperativ habe der Beschwerdeführer kein neu auftretendes sensomotorisches Defizit ge- zeigt. Am Tag der Entlassung habe der Beschwerdeführer von erneuten Ischialgien rechts am dorsalen Oberschenkel bei voll erhaltener motori- scher Funktion und gleichbleibender Hypästhesie im Genitalbereich be- richtet. Aufgrund dessen wurde eine Cortisonstosstherapie für die folgen- den drei Tage

verordnet. Am 30. Dezember 2015 sei der Beschwerdeführer voll mobilisiert und ohne neu auftretendes fokalneurologisches Defizit in die ambulante Weiterbehandlung entlassen worden (vgl. IVSTA-act. 49 S. 4-6 [wobei die drei Seiten des Berichts in umgekehrter Reihenfolge ein- geordnet wurden]).

### **E. 6.2.2**

Gemäss Aufenthaltsbescheinigung des Klinikums E.\_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2016 hat sich der Beschwerdeführer vom 22. Januar 2016 bis 1. Februar 2016 erneut in stationärer Behandlung befunden; der dazuge- hörige Bericht des Klinikums E.\_\_\_\_\_ befindet sich jedoch nicht in den Akten (vgl. IVSTA-act. 49 S. 3). Dem – lediglich unvollständig vorhandenen (die Seiten 2 und 3 fehlen in den Akten) – Bericht der F.\_\_\_\_\_ Klinik (...) vom 17. Februar 2016 betreffend eine erneute stationäre Behandlung vom

### **E. 6.2.3**

Dem Bericht der G.\_\_\_\_\_ Klinik vom 5. August 2016 kann zu- nächst entnommen werden, dass sich der Beschwerdeführer nach der sta- tionären Behandlung in der F.\_\_\_\_\_ Klinik (...) im Februar 2016 vom 28. März 2016 bis 25. April 2016 in Anschlussheilbehandlung in der H.\_\_\_\_\_ Klinik in (...), vom 26. April 2016 bis 11. Mai 2016 in stationärer Schmerztherapie im I.\_\_\_\_\_ Klinikum (...) sowie vom 17. bis 20. Juni 2016 in akut stationärer Behandlung in der (...) Klinik J.\_\_\_\_\_ befunden hat; die Akten enthalten jedoch keine Berichte über diese stationären Auf- enthalte, so dass unklar bleibt, welche Behandlungen aus welchen Grün- den durchgeführt wurden. Im Weiteren kann dem Bericht entnommen wer- den, dass der Beschwerdeführer in der G.\_\_\_\_\_ Klinik vom 27. Juli 2016 bis 6. August 2016 ebenfalls stationär behandelt wurde. Als Diagnosen werden im Bericht ein Zustand nach Bandscheibenoperation L5/S1 im De- zember 2015 sowie Revisionsoperation im Januar 2016, ein Bandschei- benvorfall C5/6 und C6/7, eine beginnende axonale Polyneuropathie un- klarer Genese bei Verdacht auf chronische Hepatitis C, ein mässiges Post- nukleotomie-Syndrom lumbal genannt sowie ein Verdacht auf eine undiffe- renzierte Somatisierungsstörung F45.1 mit Verdacht auf Aggravationsnei- gung genannt. Im Bericht wird weiter ausgeführt, dass die nach der (aufgrund eines Nar- benkeloids) durchgeführten Revisions-OP vom 27. Januar 2016 aufgetre- tene Fussenkerparese seit kurzem spontan komplett rückläufig sei. Neu habe der Beschwerdeführer jedoch über ausgeprägte Dysästhe- sien/Hypästhesien linksseitig über die Schulter ausstrahlend, dann über- wiegend in den linken Unterarm sowie die ganze Hand und die Finger I bis V betreffend berichtet. Im Weiteren wird berichtet, er leide an einer links- seitigen Dysästhesie des gesamten Gesichts, als sei er von einem Spin- nennetz überzogen. Seit kurzem bestehe auch eine beginnende Dysästhe- sie/Hypästhesie rechts, periaurikulär sowie im Schläfenbereich. Zudem

C-4223/2022 Seite 15 habe er Missempfindungen an beiden Fusssohlen, vorwiegend im Ballen- bereich, die jedoch nicht permanent bestünden. Eine neurologische Unter- suchung sei bereits erfolgt und dabei eine Polyneuropathie unklarer Ge- nese festgestellt worden. In einem mitgebrachten MRT der HWS habe sich ein medialer Bandscheibenvorfall C5/6 und C6/7 überwiegend median mit möglicher Wurzeltangierung beidseits gezeigt. Während orthopädisch von Seiten der grossen Gelenke der oberen und unteren Extremitäten keine wesentlichen Auffälligkeiten bestünden, zeige sich im Bereich der HWS eine deutliche Bewegungseinschränkung. Neurologisch sei der Muskelei- genreflex bei fraglicher Compliance inkonsistent überwiegend nicht auslös- bar gewesen. Im Rahmen der

stationären Behandlung habe der Beschwerdeführer eine individuell abgestimmte multimodale, nicht operative Komplexbehandlung erhalten. Während des Aufenthalts sei der Beschwerdeführer durchgehend uneingeschränkt alltagsmobil gewesen. Bei eingeschränkter Compliance habe keine Beschwerdelinderung erzielt werden können. Die zuletzt auf die linksbetonten Dysästhesien im Gesichtsbereich konzentrierten Beschwerden stünden jedoch in keinem Zusammenhang mit den zervikalen Bandscheibenvorfällen, dem operierten lumbalen Bandscheibenvorfall oder dem leichten lumbalen Postnukleotomie-Syndrom. Im psychologischen Einzelgespräch habe sich ein Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung F45.1 mit Verdacht auf eine Aggravationsneigung ergeben (IVSTA-act. 11).

#### **E. 6.2.4**

Im Ambulanzbrief der K. \_\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2016 konnten motorische Defizite der oberen und unteren Extremitäten ausgeschlossen werden. Im Weiteren wurde eine strumpfförmige Hypästhesie der unteren Extremitäten sowie der Finger beidseits festgestellt. Es wurde kein Hinweis für eine genitale Hypästhesie gefunden. Anamnestisch bestünden keine vegetativen Beschwerden im Sinne von Blasen- oder Mastdarmstörungen. Muskelreflexe der oberen Extremitäten seien mittellebhaft, die der unteren Extremitäten überlebhaft auslösbar. Stand- und Gangversuche seien sicher präsentiert worden, ausser einer Unsicherheit im Seiltänzerblindgang. Bildgebend zeigten sich eine zervikale Spinalkanalstenose in Höhe C5/6 und C6/7, beidseitige Bandscheibenvorfälle sowie eine aktivierte Osteochondrose. Neurologisch konnte eine zervikale Myelopathie grundsätzlich ausgeschlossen werden. Die Hauptbeschwerden seien auf die Polyneuropathie zurückzuführen. Als Diagnosen werden zervikale Spinalkanalstenosen in Höhe von C5/6 und C6/7 sowie eine Polyneuropathie genannt (IVSTA-act. 12).

C-4223/2022 Seite 16

#### **E. 6.2.5**

Im MRT-Befundbericht vom 30. Oktober 2016 werden u.a. die im Ambulanzbrief der K. \_\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2016 erwähnten Spinalkanalstenosen auf Höhe C5/6 und C6/7 bestätigt. Ebenso wurde eine Osteochondrose festgestellt, wobei sich diese in den Segmenten C4-7 zeige. Eine Myelopathie wurde ausgeschlossen (IVSTA-act. 13).

#### **E. 6.2.6**

Gemäss Bericht des L. \_\_\_\_\_-Instituts vom 31. März 2017 sei im Rahmen einer Suralisbiopsie eine mittelgradig ausgeprägte, chronische axonale Neuropathie mit leicht erhöhter Regenerationstendenz festgestellt worden. Eine Vaskulitis, Neuritis und eine Amyloid-Neuropathie seien nicht nachgewiesen worden. Zusammenfassend habe sich kein Hinweis auf eine inflammatorische Neuropathie gefunden. Differenzialdiagnostisch sei bei leicht erhöhtem Vorkommen von Regeneratgruppen an eine axonale hereditäre sensorimotorische Neuropathie (CMT2-Neuropathie) zu denken (IVSTA-act. 14).

#### **E. 6.2.7**

Gemäss MRT-Befundbericht betreffend die LWS vom 30. August 2019 habe sich im Verlauf keine Befundänderung gezeigt (IVSTA-act. 15).

#### **E. 6.2.8**

Gemäss einem Nachbericht des M.\_\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2019 habe sich der Beschwerdeführer vom 13. bis 21. November 2019 erneut in stationärer Behandlung befunden. Da der im Nachbericht erwähnte Arzt- brief vom 21. November 2019 betreffend die stationäre Behandlung nicht in den Akten ist, bleibt unklar, welcher Behandlung sich der Beschwerde- führer unterzogen hatte. Im Nachbericht werden einzig als Ergebnisse einer dermatologischen Untersuchung die dermatologischen Diagnosen Psoriasis vulgaris vom Plaque-Typ (L40.0), Tinea pedis beidseits (B35.3), Onychomykose der Zehennägel beidseits (B35.1) sowie anamnestisch eine Soja-Unverträglichkeit (T78.1) genannt (vgl. IVSTA-act. 16).

#### **E. 6.2.9**

Im – unvollständigen (die Seite 3 fehlt) – ärztlichen Befundbericht zu- handen der Deutschen Rentenversicherung vom 5. Oktober 2020 nannte der behandelnde Arzt Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, welcher den Beschwerdeführer jedoch seit dem 12. November 2019 nicht mehr gesehen habe, die Diagnosen Polyneuropathie axonal unklarer Ge- nese, Bandscheibenvorfall C5/6 und C6/7, Bandscheiben-Operation L5/S1 mit mässigem Postnukleotomie-Syndrom sowie eine Somatisierungsstö- rung. Eine Arbeitsunfähigkeit verneint der Arzt im Bericht; gleichzeitig weist er auf eine Verschlechterung des Zustands in den letzten drei Jahren hin (IVSTA-act. 17).

C-4223/2022 Seite 17

#### **E. 6.2.10**

Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, bescheinigte am 17. Januar 2022, dass der Beschwerdeführer den Ein- beinstand rechts nur mühsam und den Zehenstand rechts nicht durchfüh- ren könne. Im Weiteren bestehe eine deutliche Fussenkerparese wie auch eine Parese des Anhebens des Fußrandes, sowie auch eine Grosszehenheberschwäche und Fussheberschwäche rechts; der Achilles- sehnenreflex sei nicht auslösbar. Der Befund habe sich im Vergleich zu dem neurologisch durchgeführten Untersuchungsbefund von 2016 bezüg- lich der klinischen Inspektion nicht verändert (IVSTA-act. 39).

#### **E. 6.2.11**

In seiner Stellungnahme vom 21. März 2022 ging der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilita- tion, explizit lediglich auf die in den Erwägungen 6.2.1 bis 6.2.4 sowie in Erwägung 6.2.10 wiedergegebenen Berichte ein und stellte gestützt darauf als Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Bandscheiben-Operation L4/L5 1986, einen Status nach Sequestr- ektomie L5/S1 am 24. Dezember 2015 sowie einen Status nach Revisions- Operation bei Narbenkeloid am 27. Januar 2016. Weitere Diagnosen er- wählte er nicht. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit führte er im Rahmen seiner Beurteilung aus, der Beschwerdeführer sei drei Mal an den Bandscheiben operiert worden, was eine Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit auf dem Bau seit dem 24. Dezember 2015 rechtfertige. Eine angepasste, leichte Tätig- keit sei jedoch nach postoperativer Rekonvaleszenz möglich. Der Austritts- bericht der G.\_\_\_\_\_ Klinik vom 5. August 2016 bescheinige durchführ- bare Stand- und Gangproben bei fehlenden Paresen, eine remittierte Fuss- heberschwäche sowie eine fehlende Schmerzsymptomatik. Im Weiteren werde auf eine Aggravationstendenz hingewiesen. Überdies sei eine Mye- lopathie im Oktober 2016 ausgeschlossen worden; die Beschwerden seien auf eine Polyneuropathie zurückgeführt worden. Daher sei seit dem Austritt aus der

G.\_\_\_\_\_ Klinik vom 8. August 2016 eine leichte Tätigkeit ohne langes Gehen und Stehen, ohne Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg, ohne Zwangshaltungen, ohne Besteigen von Gerüsten und Baufahr- zeugen, ohne Bücken sowie ohne Knien zu 100 % zumutbar (vgl. IVSTA- act. 63).

### **E. 6.3**

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens hat die Vorinstanz auf entspre- chenden Hinweis des Beschwerdeführers (IVSTA-act. 69) ein von der Deutschen Rentenversicherung in Auftrag gegebenes orthopädisches Gut- achten vom 11. März 2022 sowie eine dazugehörige Sozialmedizinische Stellungnahme vom 6. Mai 2022 zu den Akten genommen.

C-4223/2022 Seite 18

#### **E. 6.3.1**

Der von der Deutschen Rentenversicherung mit der Untersuchung beauftragte Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Chirotherapie sowie Akupunktur, führt in seinem Gutachten aus, der Beschwerdeführer habe über Dauerschmerzen tieflumbal rechts mit einem Taubheitsgefühl im rechten Fussballen und in den Grosszehen beidseits, über eine Schwäche im rechten Bein, die nach der Bandscheiben-Revisionsoperation L5/S1 im Klinikum E.\_\_\_\_\_ aufgetreten seien, berichtet. In den letzten zwei Jah- ren hätten auch rezidivierende Nackenschmerzen ohne Ausstrahlung in die Arme bestanden. Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung habe sich ein normales hinkfreies Gangbild bei Becken- Schulter- Geradestand ge- zeigt. Hingegen seien der Fersen- und Einbeinstand beidseits lediglich er- schwert möglich, der Zehenstand rechts nicht möglich und der Zehenstand links problemlos durchführbar. Die Beweglichkeit der HWS sei in allen Ebe- nen endgradig schmerzhaft eingeschränkt. An der LWS bestehe ein mäs- siger Druck- und Klopfmerz im lumbosakralen Übergang; alle Bewe- gungen seien endgradig mit Schmerzangabe erfolgt. Schulter, Ellbogen, Hüfte und Kniegelenke seien unauffällig. Im Rahmen der neurologischen Untersuchung seien die Muskeleigenreflexe der oberen Extremitäten nor- mal und seitengleich, der Patellarsehnenreflex beidseits schwach und der Achillessehnenreflex nicht auslösbar gewesen. Nervenaustritts- und Ver- laufspunkte seien beidseits nicht druckempfindlich. Lasègue- und Bragard- Zeichen seien beidseits negativ. Es bestehe eine Hypästhesie in den Der- matomen S1 rechts und L5 beidseits distal; im Weiteren bestehe eine Fusssenkerparese rechts 4/5 sowie eine Grosszehenheberparese 4/5 beidseits. Es bestünden keine sensomotorischen Defizite der oberen Ext- remitäten. Die Koordination und extrapyramidale Motorik seien unauffällig. Hinsichtlich der Psyche sei der Beschwerdeführer bewusstseinsklar orien- tiert ohne formale oder inhaltliche Denkstörungen, habe keine mnesticen Störungen und die Konzentration sowie das Gedächtnis seien nicht beein- trächtigt. Schliesslich stellte Dr. med. P.\_\_\_\_\_ die Diagnosen Postnukleotomie- Syndrom bei Zustand nach Re-Dekompression L5/S1 im Januar 2016 mit sensomotorischem Defizit, chronische axonale Polyneuropathie unklarer Genese, rezidivierende Zervikalgien, Zustand nach ACDF (Anteriore zervi- kale Diskektomie und Fusion) C5-7 sowie eine Somatisierungsstörung. Zu- sammenfassend führte er aus, aufgrund der unklaren Befunde erscheine die sozialmedizinische Stellungnahme deutlich erschwert. Primär wäre eine orthopädische Abklärung (MRT der HWS) und Behandlung dringend zu empfehlen. Ausserdem wäre ein Schmerzreduktionsversuch mit rönt- gesteuerten Infiltrationen im lumbosakralen

Übergang sinnvoll. Im

C-4223/2022 Seite 19 Anschluss wäre gegebenenfalls auch eine orthopädische Rehabilitation empfehlenswert. Die letzte berufliche Tätigkeit als Kranführer entspreche nur teilweise dem Anforderungsprofil des Beschwerdeführers. Eine suffiziente orthopädische Behandlung vorausgesetzt, sei er Teilzeit berufsfähig. Zuzumuten seien noch alle körperlichen leichten bis mittelschweren Arbeiten. Häufiges Bücken, Zwangshaltungen, schweres Heben und Tragen, Ersteigen von Leitern oder Gerüsten, sowie Zugluft, Nässe und Kälte-Expositionen seien zu vermeiden. Sowohl für die angestammte Tätigkeit wie auch für Verweistätigkeiten attestierte Dr. med. P.\_\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von drei bis unter 6 Stunden (vgl. IVSTA-act. 73 und 77).

### **E. 6.3.2**

Im Rahmen der Sozialmedizinischen Stellungnahme zum Leistungsvermögen vom 6. Mai 2022 stimmte Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Sozialmedizin, der Einschätzung von Dr. med. P.\_\_\_\_\_ vom 11. März 2022 zu (IVSTA-act. 74).

### **E. 6.3.3**

Mit Stellungnahme vom 8. August 2022 führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ schliesslich aus, das nachgereichte Gutachten bestätige seine Beurteilung vom 21. März 2022, wonach in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit bestehe. Die im Gutachten beschriebenen klinischen und radiologischen Befunde seien mit einer leidensadaptierten Tätigkeit kompatibel (vgl. IVSTA-act. 78).

### **E. 6.4.1**

Entgegen den Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ bestätigt das im Vorbescheidverfahren nachgereichte orthopädische Gutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_\_ vom 11. März 2022 keineswegs seine Beurteilung vom 21. März 2022. Zwar hat der deutsche Gutachter im Vergleich zur Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ ein ähnliches Zumutbarkeitsprofil bezüglich der noch zumutbaren Tätigkeiten definiert. In Bezug auf das Pensum weicht er jedoch entgegen der aktenwidrigen Behauptung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ sowohl hinsichtlich des angestammten Berufs als auch hinsichtlich adaptierter Verweistätigkeiten ab. Im Gegensatz zum RAD-Arzt erachtet er die gesundheitlich bedingten Einschränkungen hinsichtlich des definierten Zumutbarkeitsprofils mit dem angestammten Beruf zumindest als teilweise vereinbar und attestiert dem Beschwerdeführer für den Beruf als Kranführer eine Teilarbeitsfähigkeit von drei bis unter sechs Stunden. Auch leichte, adaptierte Verweistätigkeiten erachtet der deutsche Gutachter nur in Umfang von drei bis unter 6 Stunden als zumutbar. Bereits diese sich widersprechenden Beurteilungen begründen Zweifel an der

C-4223/2022 Seite 20 Aktenbeurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und geben daher Anlass zu ergänzenden Abklärungen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4-4.6).

### **E. 6.4.2**

Im Weiteren ist auch offensichtlich, dass die Stellungnahme des RAD lediglich gestützt auf eine lückenhafte medizinische Aktenlage erfolgte. Wie bereits ausgeführt (E. 6.2.2, 6.2.3 und 6.2.8 hiervor), fehlen sämtliche Berichte zu den stationären Aufenthalten des Beschwerdeführers (22. Januar 2016 bis 1. Februar 2016 im Klinikum E.\_\_\_\_\_; 28. März 2016 bis 25. April 2016 in der H.\_\_\_\_\_ Klinik in [...]; 26. April 2016 bis 11. Mai 2016

im I. \_\_\_\_\_ Klinikum [...]; 17. bis 20. Juni 2016 in der [...] Klinik J. \_\_\_\_\_; 13. bis 21. November 2019 im M. \_\_\_\_\_). Ebenso unterliess es die Vorinstanz offensichtlich, Arztberichte von den behandelnden Ärzten (u.a. Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Dr. med. O. \_\_\_\_\_) ein- zuholen. Der Umstand, dass die Stellungnahme des RAD-Arztes offen- sichtlich auf einer lückenhaften Dokumentation gründete, begründet eben- falls Zweifel am Beweiswert von dessen Beurteilung.

### **E. 6.4.3**

Schliesslich gründet die Stellungnahme des RAD-Arztes selbst in Be- zug auf die in den Akten vorhandenen medizinischen Akten auf einer un- vollständigen Würdigung. Zum einen geht Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nicht auf sämtliche der Vorinstanz zum damaligen Zeitpunkt zur Verfügung stehen- den medizinischen Akten ein (vgl. E. 6.2.11), zum anderen geht er über- haupt nicht auf die in mehreren Berichten festgestellte axonale Polyneuro- pathie unklarer Genese ein. Ebenso lässt er gänzlich unerwähnt, dass sich aus drei von ihm zitierten Berichten wie schliesslich auch dem orthopädi- schen Gutachten von Dr. med. P. \_\_\_\_\_ Hinweise auf psychische Beein- trächtigungen entnehmen lassen. Im (unvollständigen) Bericht der F. \_\_\_\_\_ Klinik (...) vom 17. Februar 2016 wird ein hochgradiger Ver- dacht auf ein depressives Syndrom diagnostiziert (IVSTA-act. 37). Dieser Verdacht scheint sich zwar im weiteren Verlauf nicht bestätigt zu haben, jedoch wird im Bericht der G. \_\_\_\_\_ Klinik vom 5. August 2016 als Diag- nose neu ein Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung mit gleichzeitig bestehendem Verdacht auf eine Aggravationsneigung erwähnt; dieser Verdacht habe sich im psychologischen Einzelgespräch ergeben (IVSTA-act. 11). Dieser Verdacht auf eine Somatisierungsstörung scheint sich in der Folge bestätigt zu haben, da im (unvollständigen) ärztlichen Be- fundbericht zuhanden der Deutschen Rentenversicherung vom 5. Oktober 2020 der damals behandelnde Arzt Dr. med. N. \_\_\_\_\_ die Diagnose So- matisierungsstörung aufgeführt hat (IVSTA-act. 17). Schliesslich erwähnt auch der deutsche Gutachter Dr. med. P. \_\_\_\_\_ die Diagnose Somatisie- rungsstörung (vgl. IVSTA-act. 73 S. 11 und 77 S. 11). Allerdings bleibt

C-4223/2022 Seite 21 aufgrund der in psychiatrischer Hinsicht äussert lückenhaften Aktenlage unklar, gestützt auf welche medizinischen Erhebungen die Ärzte zu dieser Diagnosestellung gelangt sind. Somit erweist sich der medizinische Sach- verhalt insbesondere auch in psychiatrischer Hinsicht als unvollständig ab- geklärt, da gestützt auf die vorliegenden Akten mit dem notwendigen Be- weisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine psychische Erkrän- kung weder bestätigt noch ausgeschlossen werden kann.

### **E. 6.5**

Insgesamt war somit die Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch die Vorinstanz ungenügend. Die eingeholten Arztberichte erlauben es nicht, ein schlüssiges und nachvollziehbares Bild der geklagten Leiden des Versicherten zu machen und sie bilden keine rechtsgenügende Grund- lage zur Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkei- ten des Beschwerdeführers während des massgebenden Zeitraums bis zur Verfügung vom 19. August 2022. Der RAD und die Vorinstanz wären auf- grund des Untersuchungsgrundsatzes verpflichtet gewesen, weitere Abklä- rungen aus somatischer und psychiatrischer Sicht vorzunehmen. In Anbe- tracht der vorliegenden Beschwerden hätte sich zudem eine interdiszipli- näre Begutachtung aufgedrängt. Enthalten die Akten für

die streitigen Be- lange wie vorliegend keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme der versicherungsinternen Fachpersonen 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). 7. Die angefochtene Verfügung ist gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend der Fall ist, da die Vorinstanz weder die somatischen noch die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers rechtsgenügend abgeklärt hat. 7.1 Die Vorinstanz wird angewiesen, die medizinischen Akten zu aktualisieren und zu vervollständigen – so hat sie insbesondere die unvollständigen Berichte (vgl. E. 6.2.2 und 6.2.9) wie auch die gänzlich fehlenden

C-4223/2022 Seite 22 Berichte betreffend die diversen stationären Aufenthalte des Beschwerdeführers (vgl. E. 6.2.2, 6.2.3 und 6.2.8) vollständig beizuziehen – und anschliessend zur Prüfung der Frage, welche gesundheitlichen Leiden mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten seit August 2021 (bei frühestmöglichem Rentenbeginn am 1. August 2022, vgl. oben E. 3.2, 4.2 und 4.3) und im Verlauf vorliegen, eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Dabei ist sinnvollerweise die Zeitperiode bis zum Erlass der neuen Verfügung zu beurteilen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie erforderlich (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281], wobei aufgrund von Hinweisen auf Aggravationsneigungen seitens des Beschwerdeführers auch eingehend Stellung zu nehmen ist, ob und falls ja, in welchem Umfang die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden aus medizinischer (insbesondere psychiatrischer) Sicht auf bewusstseinsnahe Aggravation oder eine ähnliche Erscheinung zurückzuführen sind [vgl. dazu Urteil des BVer C-920/2019 vom 25. Juni 2020 E. 5.7.2, 5.7.3 und 7.3]). Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C\_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4). Die interdisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen lassen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72bis Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1) und dem Beschwerdeführer sind die ihm

zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

C-4223/2022 Seite 23 8. Es bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung zu befinden. 8.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden. Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt rechtsprechungsgemäss als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C\_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 7.1). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind deshalb keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 803.21 ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Die Vorinstanz als Bundesbehörde hat ebenfalls keine Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 8.2 Dem obsiegenden, nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 73.320.2]).

(Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite)

C-4223/2022 Seite 24

## **E. 7**

Die angefochtene Verfügung ist gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend der Fall ist, da die Vorinstanz weder die somatischen noch die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers rechtsgenügend abgeklärt hat.

### **E. 7.1**

Die Vorinstanz wird angewiesen, die medizinischen Akten zu aktualisieren und zu vervollständigen - so hat sie insbesondere die unvollständigen Berichte (vgl. E. 6.2.2 und 6.2.9) wie auch die gänzlich fehlenden Berichte betreffend die diversen stationären Aufenthalte des Beschwerdeführers (vgl. E. 6.2.2, 6.2.3 und 6.2.8) vollständig beizuziehen - und anschliessend zur Prüfung der Frage, welche gesundheitlichen Leiden mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten seit August 2021 (bei frühestmöglichem Rentenbeginn am 1. August 2022, vgl. oben E. 3.2, 4.2 und 4.3) und im Verlauf vorliegen, eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Dabei ist sinnvollerweise die Zeitperiode bis zum Erlass der neuen Verfügung zu beurteilen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie erforderlich (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281], wobei aufgrund von Hinweisen auf Aggravationsneigungen seitens des Beschwerdeführers auch eingehend Stellung zu nehmen ist, ob und falls ja, in welchem Umfang die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden aus medizinischer (insbesondere

psychiatrischer) Sicht auf bewusstseinsnahe Aggravation oder eine ähnliche Erscheinung zurückzuführen sind [vgl. dazu Urteil des BVer C-920/2019 vom 25. Juni 2020 E. 5.7.2, 5.7.3 und 7.3]). Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C\_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4). Die interdisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen lassen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72bis Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

## **E. 8**

Es bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung zu befinden.

### **E. 8.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden. Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt rechtsprechungsgemäss als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C\_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 7.1). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind deshalb keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 803.21 ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Die Vorinstanz als Bundesbehörde hat ebenfalls keine Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 8.2**

Dem obsiegenden, nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 73.320.2]). (Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite)

## **E. 10**

kg, repetitiven Bewegungen, Klettern auf Leitern, Gehen auf unebenen Gelände sowie Treppensteigen) vollständig ausgeübt werden könne und dabei eine rentenausschliessende Erwerbseinbusse von 2.35 % resultiere (vgl. IVSTA-act. 79, S. 2). Die Verfügung vom 19. August 2022 basierte da- bei in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den Aktenbeurteilungen des RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin

C-4223/2022 Seite 12 und Rehabilitation, vom 21. März 2022 (IVSTA-act. 63) und vom 8. August 2022 (IV-act. 78). Vorab streitig und zu prüfen ist, ob der rechtserhebliche Sachverhalt im vorinstanzlichen Verfahren rechtsgenügend abgeklärt wor- den ist.

## **E. 11**

bis 17. Februar 2016 kann immerhin entnommen werden, dass der Be- schwerdeführer am 27. Januar 2016 – wegen eines Narbenkeloids (betr. Indikation zur Revisionsoperation vgl. die Ausführungen im Bericht der G.\_\_\_\_\_ Klinik vom 5. August 2016 [IVSTA-act. 37 und E. 6.2.3 hier- nach]) – erneut operiert wurde, wobei er seit dem erneuten Eingriff über C-4223/2022 Seite 14 Lähmungserscheinungen im Sinne einer Fussenkerparese sowie ein Taubheitsgefühl im S1-Dermatom beidseits wie auch über Impotenz ge- klagt habe. Dem unvollständigen Bericht kann zudem entnommen werden, dass der Zehenstand rechts erschwert gewesen sei, eine Hypästhesie an der Fusssohle beidseits sowie an der Oberschenkelaussenseite links be- standen habe, im Weiteren der Lasègue beidseits endgradig gewesen sei sowie die Narbe reizlos und trocken zugeheilt gewesen sei. Als Diagnosen wurden ein Zustand nach zweimaliger Bandscheibenoperation L5/S1 rechts sowie ein hochgradiger Verdacht auf ein depressives Syndrom ge- nannt (vgl. IVSTA-act. 37).

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