

# **BVGer C-4515/2019 vom 19. August 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-08-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4515\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4515_2019)

FR: TAF C-4515/2019 du 19 août 2021

IT: TAF C-4515/2019 del 19 agosto 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. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Die angefochtene Verfügung vom 3. Juli 2019 wurde dem Beschwerdeführer am 5. Juli 2019 zugestellt (BVGer-act. 1 Beilage 1), weshalb die am 5. September 2019 der schweizerischen Post übergebene Beschwerde fristgerecht erhoben wurde (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Art 22a Abs. 1 Bst. b und 50 Abs. 1 VwVG). Auf die formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2**

Vorab ist zu prüfen, ob die IVSTA angesichts des bei der IV-Stelle U.\_\_\_\_\_ eingereichten Leistungsbegehrens die zuständige Verfügungsbehörde war.

#### **E. 2.1**

Zuständig ist in der Regel die IV-Stelle, in deren Kantonsgebiet der Versicherte im Zeitpunkt der Anmeldung seinen Wohnsitz hat. Der Bundesrat ordnet die Zuständigkeit in Sonderfällen (Art. 55 Abs. 1 IVG und Art. 40 Abs. 1 Bst. a IVV). Zuständig zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV).

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer war Grenzgänger und hatte seine letzte Arbeitsstelle im Kanton U.\_\_\_\_\_; er wohnt zudem noch im benachbarten Grenzgebiet. Er hat sich somit zu Recht bei der IV-Stelle U.\_\_\_\_\_ zum Leistungsbezug angemeldet. Der Erlass der Verfügung vom 3. Juli 2019 durch die IVSTA ist gemäss obenstehenden Ausführungen nicht zu beanstanden. Hingegen wäre die IV-Stelle für die Feststellung des Sachverhalts in Bst. B.e ff. zuständig gewesen und nicht die IVSTA (vgl. statt vieler Urteile des BVGer C-3204/2019 vom 29. Januar 2021 Bst. B; C-1601/2019 vom 18. November 2020 Bst. B.e;

C-2653/2018 vom 30. September 2020 Bst. C.c). Auch hätte die IVSTA anlässlich ihrer Vernehmlassung und Duplik bei der IV-Stelle U. \_\_\_\_\_ eine Stellungnahme einholen müssen (vgl. Urteile C-3204/2019 Bst. E und G; C-1601/2019 Bst. C.c und C.g; C-2653/2018 Bst. D.b und D.e).

### **E. 2.3**

Die Verfügung vom 3. Juli 2019, mit welcher die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1).

### **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: 3. Juli 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 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 sind vorliegend die Vorschriften, welche am 3. Juli 2019 in Kraft standen anwendbar; 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 und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

### **E. 4.1**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. Dok. 4 S. 2 und 4 ff.), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt.

#### **E. 4.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

#### **E. 4.3**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) 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**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 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 zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

#### **E. 4.5**

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; 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 m.H.).

#### **E. 4.6**

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, sondern gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. Urteil des BGer 9C\_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2 mit Verweis auf BGE 142 V 58 E. 5.1).

#### **E. 5.1**

Die Vorinstanz hielt in der angefochtenen Verfügung fest, aus den Akten gehe hervor, dass vom 11. Januar 2017 (Totalendoprothese der Hüfte [nachfolgend: Hüft-TEP]) bis zum 4. September 2017 (Aufgabe der Tätigkeit als Sanitärmonteur) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der Ausübung sämtlicher Tätigkeiten bestanden habe. Ab dem 4. September 2017 könne eine dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit unter Berücksichtigung der folgenden funktionellen Einschränkungen wieder vollschichtig ausgeübt werden: körperlich leichte Tätigkeit, ohne wiederholtes Heben von Gewichten über 5 kg, ohne wiederholtes Beugen des Rumpfes, keine Tätigkeiten, die eine wiederholt kniende oder kauernde Arbeitshaltung oder längere Gehstrecken erfordern, keine Tätigkeiten auf unebenem Gelände. Dies mit einer Erwerbseinbusse von 26%. Alle ärztlichen Berichte würden laut Einschätzung ihres medizinischen Dienstes im Hinblick auf die zu beachtenden Funktionseinschränkungen übereinstimmen und eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit begründen. Eine angepasste leichte oder mittelschwere Tätigkeit könne unter Berücksichtigung der Funktionseinschränkungen ausgeübt werden. In keinem der genannten Berichte werde eine signifikante Einschränkung genannt, die der Ausübung einer angepassten Tätigkeit in Vollzeit im Wege stehen würde.

#### **E. 5.2**

Der Beschwerdeführer brachte vor, die summarische Begründung des medizinischen Dienstes vermöge nicht zu überzeugen. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ habe entgegen der versicherungsinternen Beurteilung festgestellt, dass belastungsabhängige Schmerzen meist von einer mechanischen Ursache herrühre und dass die beschriebenen Pathologien im Bereich der Lendenwirbelsäule aufgrund der Affektionen der lumbalen und sakralen Spinalwurzeln zu Beschwerden im Bereich des Hüftgelenks führen könnten. Bekanntermassen handle es sich bei der Tangierung der Spinalwurzel um ein neurologisches Beschwerdebild. Zudem bestünden Differenzen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ beurteilte 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit stehe der Beurteilung des medizinischen Dienstes, der seit dem 4. September 2017 eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit beurteilt habe, entgegen. Vorliegend handle es sich um ein Beschwerdebild, bei welchem offensichtlich ein zumindest betreffend die unterschiedliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung arbeitsmedizinischer Klärungsbedarf bestehe. Da die IVSTA

trotz den sich widersprechenden Arztberichten kein externes Gutachten eingeholt habe, und sie die eingereichten Arztberichte bloss ihrem versicherungsinternen ärztlichen Dienst unterbreitet habe, habe sie ihre Untersuchungs- und Abklärungspflicht verletzt.

### **E. 5.3**

Die Vorinstanz entgegnete in ihrer Vernehmlassung ergänzend zu ihrer Verfügung, neurologische Defizite würden aus keiner der Unterlagen hervorgehen. Allein die Tatsache, dass die versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahmen die Einschätzung der täglichen Arbeitsdauer in einer angepassten Tätigkeit von 4 Stunden bzw. einer 50%-ige Arbeitsfähigkeit aus den orthopädischen Berichten von Dr. D.\_\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_\_ nicht übernommen hätten, würde noch keine Zweifel am Beweiswert erwecken. Die beurteilende Fachärztin habe in ihrer Stellungnahme vom 27. Juni 2019 nachvollziehbar dargelegt, weshalb nicht auf diese Arbeitsfähigkeitseinschätzung abgestellt werden könne. So seien die Einschätzungen der Orthopäden Dr. D.\_\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_\_ nicht begründet worden und könnten medizinisch nicht nachvollzogen werden. Aus den genannten Berichten würden keine objektiven Gründe hervorgehen, welche die vollschichtige Ausführung einer leidensangepassten Tätigkeit verhindern würden, zumal beide Orthopäden davon ausgehen würden, dass die vom Versicherten beklagten Beschwerden belastungsabhängig seien. Da der Leistungsanspruch vollumfänglich abgeklärt worden sei, sei ein externes Gutachten nicht notwendig.

### **E. 5.4**

In seiner Replik führte der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, Dr. med. F.\_\_\_\_\_ setze sich in Widerspruch zu Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtige sie in keiner Weise die fortgeschrittene Gonarthrose beidseits. Die Limitierung durch die Kniebeschwerden werde schlicht ignoriert. Bereits aus diesem Grund seien an der versicherungsmedizinischen Beurteilung genügend Zweifel angebracht.

### **E. 5.5**

Die Vorinstanz hielt in ihrer Duplik fest, dass nicht die subjektiven Beschwerden an sich, sondern ausschliesslich deren funktionelle Auswirkungen für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit massgebend seien. Im Hinblick auf die funktionellen Einschränkungen würden alle Ärzte zu übereinstimmenden Schlussfolgerungen kommen. Dies gelte auch für die Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_. Die funktionellen Einschränkungen seien in den Stellungnahmen ihres ärztlichen Dienstes nachvollziehbar dargelegt worden.

### **E. 6**

Die rentenablehnende Verfügung vom 3. Juli 2019 beruhte auf der Annahme einer Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit von 100 % ab dem 4. September 2017 und basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf folgenden ärztlichen Einschätzungen:

#### **E. 6.1**

MRT-Bericht der Halswirbelsäule von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Chefarzt des Instituts für diagnostische Radiologie des Krankenhauses H.\_\_\_\_\_ vom 27. September 2013 (Dok. 9 S. 19 f.).

#### **E. 6.2**

MRT-Bericht der Kniegelenke von Univ.-Prof. emer. Dr. med. Dr. h.c. I. \_\_\_\_\_ der V. \_\_\_\_\_ in (...) vom 19. Mai 2015 (Dok. 9 S. 8 ff.).

### **E. 6.3**

Gemäss Bericht des Krankenhauses C. \_\_\_\_\_ vom 17. Januar 2017 (Dok. 34) diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, eine Koxarthrose "onA R" (M16.9) und eine Gonarthrose "onA R" (M17.9). Am 11. Januar 2017 wurde dem Versicherten eine nicht zementierte Totalendoprothese am Hüftgelenk rechts implantiert. Er konnte am 17. Januar 2017 in gutem Allgemeinzustand und bei reizfreien Wundverhältnissen entlassen werden. Aufgrund eines postoperativen, subkutanen Ödems und auslaufenden Hämatoms empfahl Dr. med. E. \_\_\_\_\_ dem Versicherten gemäss Bericht vom 19. Januar 2017 (Dok. 35) sich weitestgehend zu schonen, das Bein über der Herzhöhe zu lagern und bis zur Reha zu Hause zu bleiben.

### **E. 6.4**

Gemäss ärztlichem Entlassungsbericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ und Dr. med. K. \_\_\_\_\_ der Abteilung Orthopädie der L. \_\_\_\_\_-GmbH vom 21. Februar 2017 (Dok. 47) über die stationäre Anschlussrehabilitation vom 23. Januar bis 13. Februar 2017 zu Handen der Deutschen Rentenversicherung sei aus orthopädischer Sicht die Tätigkeit als Sanitärinstallateur ungünstig. Eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit unter Vermeidung von überdurchschnittlich häufigem Bücken, Hocken und Knien könne nach Abschluss des Heilungsprozesses sechs Stunden und mehr ausgeführt werden

### **E. 6.5**

Am 20. April 2017 (Dok. 36) berichtete Dr. med. E. \_\_\_\_\_, insgesamt sei ein zufriedenstellender Verlauf zu sehen. Da der Versicherte als Sanitätsinstallateur körperlich stark belastet werde, sei von einer weiteren Arbeitsunfähigkeit für vier bis sechs Wochen auszugehen. Am 11. Oktober 2017 (Dok. 37) diagnostizierte er Schmerzen im distalen Oberschenkel kniegelenksnah. Es wurde keine Korrelation der Schmerzsymptomatik mit der Implantation der Hüftendoprothese gesehen und eine Magnetresonanztomographie (MRT) - Untersuchung des Kniegelenks rechts sowie eine Iliosakralgelenk (ISG) - Infiltration rechtsseitig vereinbart.

### **E. 6.6**

Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, diagnostizierte nach einer Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule des Versicherten vom 26. Oktober 2017 Folgendes (Dok. 7 S. 7 ff.): 1. Spondylolisthesis Lendenwirbelkörper (LWK) 5/Sakralwirbelkörper (SWK) 1 (Meyerding I(-II) bei Spondylolyse Interarticularportion LWK 5 beidseits). 2. Begleitende Bandscheibenprotrusion L5/S1 (bis 0,8 cm bezogen auf ventrikulär endenden 5. LWK). Intraforaminale Bandscheibenausläufer rechts mehr als links mit knappen L5-Kontakten ohne lokale Verdrängung oder Ödem. Keine Duralsackimpression. 3. Protrusion LWK 4/5 (0,2 cm) mit intraforaminalem Bandscheibenausläufer überwiegend rechts. Keine überzeugende L4-Affektion. Keine Duralsackimpression. 4. Degeneration untere LWS (Osteochondrose/Spondylose LWK 5/SWK 1). Keine knöcherne Spinalkanalstenose. Streckhaltung thoracolumbalen Übergang.

### **E. 6.7**

Der Orthopäde Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sah am 8. Januar 2018 (Dok. 38) die neu aufgetretenen Beschwerden im Bereich des Tractus iliotibialis rechts im Zusammenhang mit der beschriebenen körperlichen Belastung. Er empfahl dem Versicherten eine Reduktion der körperlichen Arbeitsbelastung. Arbeiten mit Heben von mehr als 5 kg sowie Arbeiten mit Zwangshaltungen beurteilte er für den erfolgreichen Genesungsprozess als kritisch.

#### **E. 6.8**

Gemäss T. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Januar 2018 (Dok. 12 S. 2 ff.), erstellt von Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Verdacht auf Irritation n. ilio-psoas bei Status nach Hüft-TEP rechts 2. Spondylolisthesis LWK 5/SWK 1 Meyerding Grad I - II mit Bandscheibenprotrusion mit Kontakt der Nervenwurzel L5 ohne Impressionen des Duralsacks Die Arbeitsfähigkeit könne ab dem 1. Februar 2018 auf ca. 25% im Sinne eines probatorischen Arbeitsversuchs, ab dem 1. März 2018 auf 50% und ab dem 1. Mai 2018 auf 100% gesteigert werden. Der Versicherte könne als Sanitärarmateur einen Arbeitsversuch mit einem reduzierten Arbeitspensum von ca. 2 - 3 h/Tag und unter Berücksichtigung von kürzeren Gehstrecken sowie Tragen von leichten Lasten starten. Falls dieser günstig verlaufe, könne eine Steigerung auf 50% im Verlauf erfolgen. Des Weiteren sei er bei längerer Gehstrecke, beim Tragen von Lasten über 10 kg, beim Bücken und Aufstehen aus der Hocke, sowie bei Tätigkeiten, welche das rechte Knie belasten, eingeschränkt. Alle Tätigkeiten, welche im Stehen und Sitzen verrichtet werden könnten, administrative Tätigkeiten, leichtere Arbeiten ohne repetitives Aufstehen aus der Hocke würden möglich sein, ca. initial 2 - 3 Stunden pro Tag. Längerfristig wurde eine Umschulung empfohlen.

#### **E. 6.9**

Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, diagnostizierte am 22. Februar 2018 (Dok. 9 S. 1 ff.) eine Gonarthrose beidseits (M17.9), einen Zustand nach Hüft-TEP rechts am 11. Januar 2017 (Z96.6) und eine Spondylolisthesis L5/S1, Grad I bis II (Meyerding). Aus seiner Sicht sei eine Tätigkeit im Beruf eines Installateurs nicht mehr zumutbar. Heben und Tragen von Lasten über 10 kg seien zu vermeiden, ebenso Bücken, Hocken, Knien und längere Gehstrecken. Der Versicherte sei als Installateur vom 4. September 2017 bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig. Es solle eine Belastungserprobung einer leichten Tätigkeit im Wechsel zwischen Stehen und Sitzen unter Vermeidung u.a. von Zwangshaltungen und Heben und Tragen von Lasten über 10 kg erfolgen. Die Leistungsfähigkeit soll im Rahmen einer stationären Rehabilitation festgelegt werden.

#### **E. 6.10**

Gemäss Bericht von dipl.-med. Q. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, vom 27. Februar 2018 (Dok. 7 S. 2 ff.) sei der Versicherte zuletzt am 27. Oktober 2017 bei ihr in Behandlung gewesen. Sie diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Folgendes: Coxarthrose rechts, Hüft-TEP am 11. Januar 2017, Spondylolisthesis L5/S1, Bandscheibenprotrusion L4/5 und L5/S1, Osteochondrose L5/S1. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine arterielle Hypertonie. Sie führte aus, dass die Hüft-, Bein- und Rückenschmerzen seit 2016 bestehen würden und bis zur Hüft-Operation konservativ behandelt worden seien. Körperlichen Schwerarbeit sei zu vermeiden. Die Beweglichkeit sei für die Arbeit als Heizungs- und Sanitärarmateur durch Knie (recte:

Hüft)-TEP und Wirbelsäulenveränderungen stark eingeschränkt bzw. auch aufgehoben. Aktuelle Kenntnisse seien nicht vorhanden. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine rein sitzende Tätigkeit mit zeitweiliger Rotation des Oberkörpers sei möglich.

#### **E. 6.11**

Der Orthopäde Dr. med. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte am 29. März 2018 (Dok. 39) eine mediale Gonarthrose beidseits und einen Status nach Hüft-TEP rechts im Januar 2017 Keramik-Keramik Gleitpaarung. Perspektivisch sei bei medialer Gonarthrose beidseits eine endoprothetische Versorgung mittels unikondylärer Schlittenprothese möglich. Nach Vorlage eines MRT des linken Kniegelenks vom 8. Mai 2018 hielt er am 11. Mai 2018 (Dok. 40) an der Indikation zur Implantation einer medialen Schlittenprothese beidseits fest.

#### **E. 6.12**

Dem ärztlichen Befundbericht von dipl.-med. Q.\_\_\_\_\_ vom 17. Mai 2018 (Dok. 49) zu Händen der Deutschen Rentenversicherung können folgende Diagnosen entnommen werden: 1. Hüftarthrose beidseits, rechts Hüft-TEP, 2. Kniearthrose beidseits, 3. Spondylolisthese L5/S1 und Bandscheibenschäden L5/S1. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit führte sie aus, dass eine Besserung der Leistungsfähigkeit nicht möglich sei.

#### **E. 6.13**

Am 27. Juli 2018 diagnostizierte der IV-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Einlage einer Hüftprothese rechts am 11. Januar 2017 (Dok. 53). Der Versicherte sei in der bisherigen Tätigkeit und in einer Verweisungstätigkeit ab dem 11. Januar 2017 zu 100 % arbeitsunfähig. Ab dem 4. September 2017 sei eine Verweisungstätigkeit (leichte Tätigkeit) zu 100 % zumutbar.

#### **E. 7**

Einwandweise reichte der Beschwerdeführer zwei weitere Berichte ein.

#### **E. 7.1**

Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, diagnostizierte am 2. Oktober 2018 (Dok. 66) Folgendes: - Zustand nach Hüft-TEP rechtsseitig (Januar 2017), - Mediale Gonarthrose/Femoropatellararthrose beidseits mit degenerativer Meniskusruptur medial linksseitig, - Vorwiegend spondylogener, nichtradikulärer Schmerz bei Spondylolisthese L5/S1 bei Spondylolyse L5 beidseits, Bandscheibenprotrusion L5/S1, - Osteochondrose/Spondylose L5/S1 sowie Spondylarthrose L5/S1. Er führte aus, die Ursache der Coxalgie rechtsseitig sei nicht eindeutig verifizierbar. Trotz verbesserter Hüftimplantate und weichteilschonender Operationsverfahren klage bis zu 1/5 aller Patienten nach endoprothetischer Versorgung des Hüftgelenks über Beschwerden. Die Computertomographie (CT) - Untersuchung vom 20. September 2018 habe keinen Lockerungshinweis der Prothesenkomponenten ergeben. Hinweise für einen Infekt lägen ebenfalls nicht vor. Seien bei einem Patienten belastungsabhängige Schmerzen vorhanden, die bereits früh nach der Operation einsetzen würden, sei dies meist auf eine mechanische Ursache zurückzuführen. Die Pathologien im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Spondylolisthese L5/S1 mit konsekutiv dynamischer Foramenstenose könnten auf Grund der Affektionen der lumbalen und sakralen Spinalwurzeln zu Beschwerden im Bereich des

Hüftgelenks führen. Aber auch Störungen der funktionellen Kette könnten die Leistenschmerzen verursachen. Weiterhin limitierend würden sich die belastungskonsekutiven medialen Gonalgien beidseits bei fortschreitender medialer Gonarthrose sowie Femoropatellararthrose zeigen. Das Beschwerdebild sei hier linksseitig führend. Insgesamt in der Beurteilung des Leistungsbildes bestehe derzeit und voraussichtlich andauernd eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit für den Beruf des Sanitärmoniteurs. Für allfällige Verweistätigkeiten in Wechselbelastung bestehe eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit. Das häufige Tragen und Heben von Last, häufiges Vor- und Rückneigen sowie Rotationsbewegungen der lumbalen Wirbelsäule seien zu vermeiden. Ebenso das andauernde Arbeiten in kniender oder kauender Position, häufige Treppensteigen, Vibrationsexposition, Arbeiten auf unebenen Gelände und Arbeiten auf Leitern oder Stiegen.

### **E. 7.2**

Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Krankenhauses C. \_\_\_\_\_, berichtete am 5. Oktober 2018, der Versicherte leide bei Zustand nach Hüfttotalendoprothese rechts weiterhin unter einer Weichteil assoziierten, residuellen Schmerz-symptomatik im Bereich des rechten Hüftgelenkes/Oberschenkels. Diese erscheine anamnestisch insbesondere belastungsassoziiert aufzutreten. Weiterhin leide er an einer typischen Beschwerdesymptomatik im Rahmen der bekannten Varusgonarthrose beidseits. Hier bestehe perspektivisch, im kurz- bis mittelfristigen Verlauf, die Indikation zum endoprothetischen Teilgelenkersatz an beiden Kniegelenken. Ausserdem bestehe bei bekannter Osteochondrose und Spondylolisthesis L5/S1 eine chronische Lumbago. Auf schwere Arbeit in Zwangshaltung und Arbeiten mit Tragen von Lasten über 5 Kg soll verzichtet werden. Er empfehle Arbeiten in abwechselnden Positionen, sitzend sowie stehend, mit einer maximalen Arbeitszeit von vier Stunden.

### **E. 7.3**

Der IV-Arzt Dr. med. S. \_\_\_\_\_ hielt am 20. Dezember 2018 (Dok. 72) fest, dass aufgrund der vorgelegten Berichte eine interne orthopädische, rheumatologische Beurteilung angezeigt sei. Es sei nicht ausgeschlossen, dass der Versicherte eine Knieprothese benötige. Gemäss Stellungnahme vom 27. Juli 2018 würden die Gonarthrose und die Lumbago die Arbeitsfähigkeit beeinflussen. Er frage sich, ob sich dies lediglich auf die funktionelle Einschränkung beziehe oder auch auf die Dauer der zumutbaren Arbeit.

### **E. 7.4**

Am 30. Januar 2019 (Dok. 75) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, fest, dass sie - wie auch Dr. R. \_\_\_\_\_ - den Versicherten in seiner angestammten Arbeitstätigkeit seit dem 11. Januar 2017 als 100 % arbeitsunfähig beurteile. Betreffend die Hüft-TEP rechts sei den Berichten keine Komplikation und keine signifikante Limitation der Hüfte zu entnehmen. Bezüglich der chronischen Kreuzschmerzen aufgrund der degenerativen Erkrankung der Lendenwirbelsäule könne festgehalten werden, dass die Wirbelsäule nur moderat limitiert sei. Neurologischen Defizite seien keine beschrieben worden und der Gang sei normal. Die Behandlung sei lediglich konservativer Art. Bezüglich der chronischen Knieschmerzen wegen der Gonarthrose könne festgestellt werden, dass der Versicherte seine Knie uneingeschränkt biegen könne und kein Erguss gefunden worden sei. Die Mehrheit der Orthopäden (ausser Dr. D. \_\_\_\_\_) könne keine Schloffheit der Knie bestätigen und das MRI vom 5. Oktober 2018 beschreibe keine

Beeinträchtigung der Bänder. Die Diagnose der Bandscheibenprotrusion und der Verdacht der Gereiztheit des Muskels Iliopsoas rechts hätten keine dauerhafte funktionelle Einschränkung zur Folge und würden keine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen. In einer angepassten Tätigkeit, welche die funktionellen Einschränkungen respektiere, bestehe ab dem 11. Januar 2017 eine 100 % - ige Arbeitsunfähigkeit, ab dem 4. September 2017 betrage diese jedoch 0 %.

#### **E. 7.5**

Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, nahm am 27. Juni 2019 (Dok. 87) erneut Stellung und führte ergänzend aus, in den Berichten von Dr. N.\_\_\_\_\_, und Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2018, Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 2. Oktober 2018 und Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2018 sei nicht begründet worden, wieso eine angepasste Arbeitstätigkeit nicht Vollzeit möglich sei. Alle medizinischen Berichte würden bezüglich den funktionellen Einschränkungen übereinstimmen. Die Einholung eines externen Gutachtens sei nicht angezeigt.

#### **E. 8**

Die Vorinstanz ist der Auffassung, dass der Beschwerdeführer seit der Hüft-TEP vom 11. Januar 2017 in seiner angestammten Tätigkeit als Sanitärmonteur sowie in einer anderen seinen Leiden angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war. Umstritten und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit ab 4. September 2017 wieder im Umfang von 100 % arbeitsfähig war beziehungsweise ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

#### **E. 8.1**

Die Vorinstanz stützt sich im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der Ärztin und Ärzte ihres medizinischen Dienstes, die den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen haben. Die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes, 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, je m.H.). 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). Zu prüfen ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten dem medizinischen Dienst erlaubten, sich ein umfassendes Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Verlauf und gegenwärtiger Status) und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

#### **E. 8.2.1**

Bezüglich des Hüftleidens und dessen Entwicklung kann den Arztberichten entnommen werden, dass die Hüft-TEP vom 11. Januar 2017 insgesamt zufriedenstellend verlaufen sei (E. 6.3 ff.). Die neu aufgetretenen Beschwerden im Bereich des Tractus iliotibialis rechts

Anfang 2018 sah Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der beschriebenen körperlichen Belastung und empfahl deshalb die Reduktion der körperlichen Arbeitsbelastung (vgl. E. 6.7). Auch die Orthopäden des T. \_\_\_\_\_ Gutachtens diagnostizierten am 19. Januar 2018 die Irritation des ilio-psoas (E. 6.8). Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ist der Ansicht, wenn bei einem Patienten belastungsabhängige Schmerzen vorhanden seien, die bereits früh nach der Operation einsetzen würden dies meist auf eine mechanische Ursache zurückzuführen sei (E. 7.1). Dr. med. E. \_\_\_\_\_, berichtete am 5. Oktober 2018 von einer Weichteil assoziierten, residuellen Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Hüftgelenkes/Oberschenkels und ist der Ansicht, dass diese anamnestisch insbesondere belastungsassoziiert aufzutreten scheine (E. 7.2).

### **E. 8.2.2**

Betreffend Knieleiden und dessen Entwicklung ist Folgendes festzustellen: Am 17. Januar 2017 wurde erstmals eine Gonarthrose "onA R" diagnostiziert (E. 6.3). Der Orthopäde Dr. med. P. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Februar 2018 eine Gonarthrose beidseits (E. 6.9). Perspektivisch ist laut Dr. med. E. \_\_\_\_\_ bei medialer Gonarthrose beidseits eine endoprothetische Versorgung mittels unikondylärer Schlittenprothese möglich (E. 6.11). Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Oktober 2018 zusätzlich eine degenerative Meniskusruptur medial linksseitig (E. 7.1). Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt am 5. Oktober 2018 an seiner Einschätzung bezüglich einer perspektivischen Indikation eines endoprothetischen Teilgelenkersatz an beiden Kniegelenken fest (E. 7.2).

### **E. 8.2.3**

Rückenschmerzen hat der Versicherte laut der Hausärztin bereits seit 2016 (E. 6.10). Eine Spondylolisthesis mit begleitender Bandscheibenprotrusion im Bereich LWK 5/SWK 1 wurde erstmals im Oktober 2017 diagnostiziert. Die L5 Kontakte seien knapp und ohne lokale Verdrängung oder Ödem. Es bestehe keine Duralsackimpression (E. 6.6). Dem T. \_\_\_\_\_-Gutachten kann ebenfalls ein Kontakt mit der Nervenwurzel L5 ohne Impression des Duralsacks entnommen werden (E. 6.8). Auch die Orthopäden Dr. med. P. \_\_\_\_\_ und Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierten eine Spondylolisthesis L5/S1 und Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erwähnte einen vorwiegenden spondylogenen, nichtradikulären Schmerz (E. 6.9 und 7.1).

### **E. 8.2.4**

Die IV-Ärztin konnte sich für ihre Beurteilung der Entwicklung der Hüft- Knie- und Wirbelsäulenleiden sowie für ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwar auf fachärztliche, klinische Untersuchungen abstützen. So haben die Orthopäden auch ein Belastungsprofil (Verzicht auf schwere Arbeit in Zwangshaltung, keine Arbeiten mit Tragen und Heben von Lasten, häufiges Vor- und Rückneigen sowie Rotationsbewegungen der lumbalen Wirbelsäule usw.) definiert. Dennoch haben sie keine fachgerechte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vorgenommen. Bei Gesundheitsschäden im Bereich der Orthopädie ist eine Diagnose des Funktionsausfalles (Funktionsdiagnose), d.h. eine qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen für die versicherte Person von zentraler Bedeutung. So sind etwa bei den Bewegungsprüfungen nicht die Winkelgrade ausschlaggebend - wie im T. \_\_\_\_\_-Gutachten und den Arztberichten angegeben (vgl. Dok. 9 S. 2, 12 S. 3, 39 S. 1, 47 S. 6, 66 S. 1 und 67 S. 2) -, sondern die Brauchbarkeit eines Gelenkes, die praktische Leistungsfähigkeit bzw. die Behinderung im täglichen Leben. Diese sind deshalb bei der

Bewegungsprüfung der einzelnen Gelenke zusätzlich anzugeben (vgl. Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2). Ärztliche Berichte, welche diese Anforderungen erfüllen, standen dem medizinischen Dienst für die Beurteilung nicht zur Verfügung.

#### **E. 8.2.5**

Der Orthopäde Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht sodann fest, dass die Pathologien im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Spondylolisthese L5/S 1 mit konsekutiv dynamischer Foramenstenose auf Grund der Affektionen der lumbalen und sakralen Spinalwurzeln zu Beschwerden im Bereich des Hüftgelenks führen könnten (vgl. E. 7.1). Er deutet somit - wie vom Beschwerdeführer vorgebracht - auf ein neurologisches Beschwerdebild hin. Die Feststellungen der IV-Ärztin, dass keine neurologischen Defizite beschrieben seien und der Gang normal sei, vermögen nicht zu überzeugen. Als Fachärztin für Rheumatologie hätte sie diesbezüglich die Meinung einer Neurologin oder eines Neurologen einholen müssen.

#### **E. 8.3**

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die medizinische Aktenlage unvollständig ist. Den medizinischen Akten ist keine umfassende Darstellung der Befunde zu entnehmen. Überdies bestehen Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den medizinischen Dienst. Aus diesem Grund kann auf die Aktenbeurteilungen des medizinischen Dienstes als Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht abgestellt werden. Daraus folgt, dass die Vorinstanz den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend demzufolge nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat.

#### **E. 9**

Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da es an einer Gesamtbeurteilung fehlt und die Vorinstanz im vorliegenden Erstanmeldeverfahren selbst noch kein Gutachten eingeholt hat, sondern die vom deutschen Versicherungsträger und dem Beschwerdeführer eingereichten Berichte als ausreichend betrachtet hat, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, - via die IV-Stelle U.\_\_\_\_\_ - unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen ein polydisziplinäres, insbesondere orthopädisches, neurologisches und rheumatologisches Gutachten in der Schweiz zu veranlassen (bei Bedarf sind auch weitere Disziplinen einzubeziehen; vgl. Urteil des BGer 9C\_207/2012 vom 3. Juli 2013 E. 3.2). Im Rahmen der Begutachtung ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE

137 V 210 E. 3.4.2.9).

### **E. 10.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 10.2**

Der obsiegende Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Die Mehrwertsteuer ist nur für Dienstleistungen geschuldet, die im Inland gegen Entgelt erbracht werden, nicht jedoch im vorliegenden Fall, in dem die Dienstleistung für den Beschwerdeführer mit Wohnsitz im Ausland erbracht worden ist (vgl. Urteil des BVGer C-6983/2009 vom 12. April 2010 E. 3.2). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes wird die Parteientschädigung (inkl. Auslagenersatz, exkl. MWSt) auf Fr. 2'800.- festgelegt (Art. 10 VGKE). Die Vorinstanz hat gemäss Art. 7 Abs. 3 VGKE keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite).

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