

# **BVGer C-4822/2020 vom 21. August 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-08-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4822\\_2020\\_d20200821](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4822_2020_d20200821)

FR: TAF C-4822/2020 du 21 août 2020

IT: TAF C-4822/2020 del 21 agosto 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch (Verfügung vom 21. August 2020)

## **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]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde (BVGer-act. 13), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

C-4822/2020 Seite 6

### **E. 2.1**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VVG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG (zu verfahrensrechtlichen Neuerungen vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.2) vorbehalten.

### **E. 2.2**

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).

### **E. 2.3**

Das Verwaltungs- sowie das erstinstanzliche sozialversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 Bst. c ATSG). 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 138 V 218 E. 6, 137 V 210 E. 1.2.1, 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 141

V 405 E. 4.4, 138 V 218 E. 6).

#### **E. 2.4**

Die angefochtene Verfügung datiert vom 21. August 2020, weshalb die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2017 2535) des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 und (neben weiteren) des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) nicht anwendbar sind. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 466 E. 1), und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 21. August 2020) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 132 V 215 E. 3.1.1, 137 V 1 E. 3, 147 V 308 E. 5.1), sind im vorliegenden Fall die bis und mit 21. August 2020 geltenden materiellrechtlichen

C-4822/2020 Seite 7 Bestimmungen anwendbar (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Sie werden im Folgenden denn auch in dieser Fassung zitiert.

#### **E. 3.1**

Gemäss Art. 40 Abs. 1 Bst. b IVV (SR 831.201) ist bei versicherten Personen, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, grundsätzlich die IVSTA für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Entsprechend hat die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 21. August 2020 im Rahmen ihrer Zuständigkeit erlassen, mit welcher sie das erstmalige Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Diese Verfügung bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente zu Recht verneint hat.

#### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Bosnien-Herzegovina mit dortigem Wohnsitz. Er hat während mehrerer Jahre in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausgeübt. Bei Erlass der angefochtenen Verfügung stand im Verhältnis zu Bosnien-Herzegovina das Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109. 818.1, AS 1964 161, nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) noch in Kraft und kommt hier zur Anwendung (vgl. Urteil des BGer 9C\_385/2011 vom 8. August 2011 E. 2; Urteil des BVer C-1645/2020 vom 29. Dezember 2021 E. 3.2). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört (Bst. a ii), einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beantwortet sich die Frage, ob die Vorinstanz den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat, – gleich wie auch im Anwendungsbereich des am 1. September 2021 in Kraft getretenen Abkommens vom 1. Oktober 2018 zwischen der Schweizerischen

Eidgenossenschaft und Bosnien und Herzegowina über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.191.1) – allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4).

C-4822/2020 Seite 8

#### **E. 4.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie 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. 4.2**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (i.S.v. Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Zusätzlich kumulativ zu erfüllende 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 unbestritten der Fall ist (Art. 8 Bst. b des Sozialversicherungsabkommens; BGE 131 V 390 E. 5 ff.; Kreisschreiben über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL [KSBIL], gültig ab 4.4.2016, S. 25 f Ziff. 3005; IVSTA-act. 34).

#### **E. 4.3**

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1

C-4822/2020 Seite 9 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

#### **E. 4.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4,

125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 m.w.H.).

#### **E. 4.5**

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, 133 V 450 E. 11.1.3, 125 V 351 E. 3a). Zudem muss der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

#### **E. 4.6**

Soll über einen Rentenanspruch – ohne Einholung eines externen Gutachtens gemäss Verfahren nach Art. 44 ATSG – im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich gestützt auf 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. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteile des BGer 9C\_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2, 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2, Urteil des BVGer C-5025/2018 vom 24. September 2020 E. 4.5.3).

#### **E. 4.7**

Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (BGE 143 V 409 und 418), so sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter

C-4822/2020 Seite 10 Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1, 145 V 361 E. 3.1).

#### **E. 5.1**

Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung vom 21. August 2020 und in ihrer Vernehmlassung auf Grundlage der RAD-ärztlichen Stellungnahmen vom 30. April 2020 (IVSTA-act. 56) und vom 19. August 2020 (IVSTA-act. 68) festgehalten, dass aus den Akten hervorgehe, der Beschwerdeführer sei vom 8. Juli 2017 (Bronchopneumonie mit Legionellen-Sepsis) bis zum 31. März 2018 (circa sechs Monate Rekonvaleszenz, drei Monate aufbauende Eingliederung) vollumfänglich arbeitsunfähig in der Ausübung sämtlicher Tätigkeiten gewesen. Trotz dieser Gesundheitsbeeinträchtigung sei ihm ab dem 1. April 2018 eine gewinnbringende Tätigkeit in rentenausschliessender Weise wieder zumutbar. Daher liege im vorliegenden Fall keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vor (IVSTA-act. 69). Die Entscheidungen ausländischer Sozialversicherungen seien für die schweizerische Invalidenversicherung

nicht bindend.

## **E. 5.2**

Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, es seien nicht alle Umstände und Tatsachen in Verbindung mit seinem Gesundheitszustand in der angefochtenen Verfügung berücksichtigt – mithin der Sachverhalt unvollständig festgestellt – und der Invaliditätsgrad nicht richtig beurteilt worden. Bei einer etwaigen beruflichen Tätigkeit verschlechtere sich seine Lage. Er leide seit vielen Jahren an verschiedenen, ernsthaften und schweren Erkrankungen, weshalb er keine Arbeit verrichten könne. Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 80% hätten auch die zuständigen Organe in Bosnien-Herzegowina festgestellt. Er habe Anspruch auf rechtsgleiche Behandlung. In seiner Replik brachte der Beschwerdeführer erstmals vor, ein viel höheres Salär im von ihm zuletzt ausgeübten Beruf bezogen zu haben, ohne dafür Belege beizufügen. Zudem legte er drei Arztberichte bei (BVGer-act. 3 und 19 samt Beilagen 1-3).

## **E. 5.3**

In ihrer Duplik anerkannte die Vorinstanz aufgrund der neu vorgelegten medizinischen Berichte und gestützt auf die in der Folge eingeholte RAD-Stellungnahme vom 26. März 2021 (BVGer-act. 23), dass die sich daraus ergebende neue Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Sinne von degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit

C-4822/2020 Seite 11 Diskusprotrusionen ab 11. Februar 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 10% in der bisher ausgeübten Tätigkeit bewirke. Hingegen werde die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten nicht beeinflusst und bleibe vollzeitlich zumutbar. Dabei handle es sich um eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, die nach dem Datum der angefochtenen Verfügung liege (BVGer-act. 21).

## **E. 5.4**

Mit Stellungnahme vom 21. Mai 2021 kritisierte der Beschwerdeführer unter anderem, dass das mit Bosnien-Herzegowina geschlossene Sozialversicherungsabkommen nicht angewendet werde und er seiner Ansicht nach im Sinne von Art. 14 EMRK (SR 0.101) Diskriminierung erfahre. Zudem wies er darauf hin, dass er hinsichtlich Corona-Pandemie zur Gruppe mit dem höchsten Risiko gehöre und deshalb eingeschränkt mobil sei.

## **E. 6**

Den medizinischen Akten lässt sich zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruchs massgebenden Zeitraum (8. Juli 2017 und 21. August 2020) Folgendes entnehmen:

### **E. 6.1.1**

Aus einem undatierten kardiologischen Bericht von Prim. Dr. Mag. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologe, sowie Prim. Dr. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, geht hervor, dass der Beschwerdeführer bereits im Jahr 2006 wegen Spontanpneumothorax in Behandlung gewesen sei. Bei der Aufnahme sei er dyspnoisch (mit erschwelter Atmung), tachypnoisch (schnell atmend) und kardial dekompenziert gewesen. Zudem habe er eine blass-gelbliche Hautfärbung aufgewiesen und allgemein den Eindruck eines schwerkranken Patienten geweckt. Bei Auskultation höre man in der Lunge links Bronchialatmung mit beidseitigem basalen Rasselgeräuschen beim Einatmen.

Die Leber sei vergrössert und schmerzhaft tastbar. Es beständen pastöse Ödeme an beiden Unterschenkeln mit trophischen Störungen und petechialen Einblutungen an den Füssen (IVSTA-act. 15).

#### **E. 6.1.2**

Am 24. Juli 2017 veranlasste Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (Fachausrichtung unbekannt) eine CT-Bildgebung des Brustkorbs (IVSTA-act. 16).

#### **E. 6.1.3**

Im undatierten, nicht unterzeichneten Austrittsbericht des Allgemeinspitals in D. \_\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom

C-4822/2020 Seite 12

#### **E. 6.1.4**

Im CT-Befund des Thorax und des Unterleibs vom 17. August 2017 wies der Befund im Vergleich zu den Aufzeichnungen der vorherigen CT-Untersuchung auf eine geringfügige Regression hin. Es zeigten sich im rechten oberen Lungenlappen lateral und subpleural eine Zone im Ausmass von ca. 5 x 3 cm, mit einer Abszedierungszone, perifokal im rechten Lungenlappen eine fleckig-lineare Zone einer Parenchymveränderung, im apikalen Segment des unteren rechten Lungenlappens, unmittelbar an der Subinzision, eine kleinere Zone einer Parenchymveränderung im Ausmass von ca. 12 mm. Links basal lateral und peripher subpleural bestand zudem eine unregelmässige Konsolidierungszone im Ausmass von 6.5 x 2 cm mit Anzeichen einer Abszessbildung. Im Lungenparenchym kamen beidseits ausgeprägte bullöse, emphysematöse Veränderungen zur Darstellung. Im linken Pleuralraum zeigte sich ein Erguss mit einer Breite im Basisbereich von 30mm. Die linke Niere wies eine 7mm grosse kortikale Zyste auf. Im Retroperitoneum zeigten sich viele winzige Lymphknoten. Auf den dargestellten Knochenstrukturen waren degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule sichtbar (IVSTA-act. 18).

#### **E. 6.1.5**

Bei einer rheumatologischen Untersuchung vom 1. September 2017 wurde über folgende Diagnosen berichtet: - Status nach beidseitiger Lungenentzündung (Legionella pneumophila) - Status nach beidseitigem Pleuraerguss, nach jüngstem Pleuraerguss links - Status nach grobem Leberschaden links

C-4822/2020 Seite 13 - Allgemeine Osteoarthrose, beginnendes chronisches Thorakalsyndrom (Brustschmerzen), schwere Trikuspidalklappeninsuffizienz - In Observanz MCTD (Sharp-Syndrom) - Schmetterlingsflechte - Status nach Sepsis, arterieller Hypertonie Seit der Entlassung aus dem Spital habe der Beschwerdeführer zusätzlich zur sonstigen Therapie die Empfehlung erhalten, weiterhin Medrol à 36mg/Tag in schrittweise abnehmender Dosierung einzunehmen. Derzeit nehme er Medrol à 32mg/Tag (während fünf Tagen) ein. Er fühle sich gut und habe keine erhöhte Temperatur. Seit zwei Tagen habe er Atemschwierigkeiten, huste aber nicht und habe keine Brustschmerzen oder Schmerzen im Bewegungsapparat (IVSTA-act. 19).

#### **E. 6.1.6**

Ein CT-Befund des Brustkorbs vom 29. September 2017 von Dr. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, zeigte eine wesentliche Rückbildung und Besserung der Abszessbildungen im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 17. August 2017. Es bestehe ein wesentlicher

Rückgang des nun geringen Pleuraergusses, eine geringfügige mediastinale Lymphadenopathie, ein paraseptales Emphysem, eine linkskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule sowie geringfügige degenerative Veränderungen der Brustwirbelsäule (IVSTA-act. 20).

#### **E. 6.1.7**

Im CT-Befund des Unterleibs vom 29. September 2017 stellte Dr. N. \_\_\_\_\_ eine Hepatomegalie, eine geringfügige retroperitoneale und mesenterielle Lymphadenopathie, eine kortikale Zyste in der linken Niere, eine rechtskonvexe Skoliose der Brust- und Lendenwirbelsäule, degenerative Veränderungen an der Brust- und Lendenwirbelsäule sowie an den Sakroiliakalgelenken fest (IVSTA-act. 21).

#### **E. 6.1.8**

Bei einer Kontrolluntersuchung am 3. Oktober 2017 habe der Beschwerdeführer darüber geklagt, dass er sich zeitweise nicht auf das linke Bein abstützen könne (IVSTA-act. 19).

#### **E. 6.1.9**

Nach einer konsultativen Computertomografie vom 10. Oktober 2017 empfahl Dr. H. \_\_\_\_\_ weitere CT-Kontrolluntersuchungen bis zur völligen Auflösung der Konsolidierungen (IVSTA-act. 22).

#### **E. 6.1.10**

Die CT-Untersuchung vom 22. Dezember 2017 zeigte fibröse Folgerscheinungen mit vollständiger Rückbildung der früher diagnostizierten Neubildungen im Lungenparenchym, ein paraseptales Emphysem, eine geringfügige mediastinale Lymphadenopathie, eine linkskonvexe Skoliose

C-4822/2020 Seite 14 der Brustwirbelsäule und weitere geringfügige Veränderungen der Brustwirbelsäule (IVSTA-act. 23).

#### **E. 6.1.11**

Bei der Untersuchung vom 23. Januar 2018 klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen in den kleinen Hand- und Fussgelenken und in den Knien. In der Lunge sei ein diffus-schwaches Atemgeräusch hörbar gewesen, überwiegend in den linken unteren Segmenten (IVSTA-act. 19). Daher leitete Dr. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, Rheumatologie, eine Ultraschalluntersuchung beider Hände in die Wege (IVSTA-act. 24).

#### **E. 6.1.12**

Bei der Kontrolluntersuchung vom 19. April 2018 stellte Dr. I. \_\_\_\_\_ die Diagnosen eines exazerbierten chronischen Zervikal-Syndroms, exazerbierten chronischen Lumbalsyndroms und einer Fettleber. In Observanz sei ein beidseitiger Fersensporn, eine schwere Mitralklappeninsuffizienz und eine Lipidstoffwechselstörung. Der Beschwerdeführer klagte über Schmerzempfindlichkeit in den kleinen Handgelenken, in den Knien, in den Schultern (leicht), in der Plantarseite beider Fersen sowie in der Hals- und Lendenwirbelsäule (IVSTA-act. 26).

#### **E. 6.1.13**

Am 30. Mai 2018 wurde ein Gutachten der erstinstanzlichen Gutachterstelle in D. \_\_\_\_\_ erstellt, wonach die Behandlung noch nicht abgeschlossen sei (liegt nicht bei den Akten, Hinweis in IVSTA-act. 27 beziehungsweise 64).

#### **E. 6.1.14**

Bei der Kontrolluntersuchung vom 3. Juli 2018 schilderte der Beschwerdeführer gegenüber Dr. I. \_\_\_\_\_ Schmerzen in den Knien und in den kleinen Hand- und Fussgelenken, sowie einer Morgensteife von 60- 120 Minuten. Der Ultraschallbefund der Hände führte keine Anzeichen einer Synovitis zutage (IVSTA-act. 24).

#### **E. 6.1.15**

Nach einer neuerlichen Begutachtung des Beschwerdeführers am

#### **E. 6.2**

Mit RAD-Stellungnahme vom 18. November 2019 hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, fest, dass Untersuchungs- und Verlaufsberichte in den Bereichen Kardiologie, Rheumatologie, Pneumologie und falls vorhanden Psychiatrie einzufordern seien (IVSTA-act. 35). Nach Aufforderung der Vorinstanz reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen in den genannten Bereichen ein (IVSTA-act. 45):

##### **E. 6.2.1**

Im pneumologischen Bericht der Abteilung für Lungenkrankheiten, D. \_\_\_\_\_, vom 16. August 2018 wird ein Status post pneumoniae – Legionella pneumophila aa I diagnostiziert. Es wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer über Husten und Abhusten von gelb-weiss-farbigem Auswurf klagt und zeitweise unter einem Erstickungsgefühl leide. Bei ansonsten normalen Befunden erhob der untersuchende Pneumologe ein perkutorisch sonores Lungengeräusch. Die Herzaktion sei rhythmisch, normokard und die Sauerstoffsättigung betrage 99%. Eine Röntgenaufnahme des Brustkorbs zeigte Lungenfelder bei erhaltener Transparenz ohne Anwesenheit aktiver pathologischer Infiltrate und rechts neben der

C-4822/2020 Seite 16 Thoraxwand eine bandförmige Veränderung – die Folge eines alten entzündlichen Prozesses (IVSTA-act. 48).

##### **E. 6.2.2**

Im neuropsychiatrischen Bericht vom 17. September 2018 hielt Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für neurologische und seelische Erkrankungen, fest, dass der Beschwerdeführer subjektiv über Schwäche, Müdigkeit, schlechten Schlaf, schlechte Stimmung und Besorgnis klagt. Eine Untersuchung anhand der Hamilton-Skala zeige ein Ergebnis von 22, was eine schwere Depression darstelle. Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_ verordnete daraufhin eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum (IVSTA-act. 49).

##### **E. 6.2.3**

Bei der Kontrolluntersuchung vom 8. Januar 2019 stellte Prim. Dr. K. \_\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer das verordnete Medikament eine Zeit lang eingenommen und die Therapie in Eigeninitiative abgebrochen habe, nachdem er sich besser gefühlt habe. Jetzt fühle er sich schlecht. Die Medikation wurde daraufhin wieder aufgenommen (IVSTA-act. 50).

##### **E. 6.2.4**

Im pneumologischen Untersuchungsbericht vom 22. März 2019 berichtete der untersuchende Pneumologe, dass eine weitere Therapie von pneumologischer Seite nicht erforderlich und eine Kontrolluntersuchung nur bei Bedarf notwendig sei. Der

Beschwerdeführer klagt weiterhin über Ermüdung und stechende Schmerzen in der linken Brustkorbseite in den Nachmittagsstunden, der spontan ohne Therapie abklinge. Ansonsten prä-sentierten sich die Befunde vergleichbar wie bei der Voruntersuchung (IV-STA-act. 51).

#### **E. 6.2.5**

Im Bericht über die fachärztliche Untersuchung des Internisten Dr. L.\_\_\_\_\_ vom 26. März 2019 berichtete der Beschwerdeführer ebenfalls über ein 15-20 Minuten langes Stechen in der linken Brustkorbseite, das seit circa sieben bis acht Tagen bestehe, hauptsächlich in den Nachmittagsstunden auftauche und spontan vergehe. Zudem bestehe eine Ermüdung auch bei kleinen Anstrengungen. Sonstige Beschwerden im Organsystem wurden verneint. Dr. L.\_\_\_\_\_ empfahl eine kardiologische Untersuchung und im Falle stärkerer Beschwerden eine Meldung bei der Notfallabteilung (IVSTA-act. 52).

#### **E. 6.2.6**

Dr. K.\_\_\_\_\_ berichtete bei den Kontrollterminen am 22. Juni 2019 und 18. August 2019 über eine gute Remission und schrittweisen Demission der medikamentösen Therapie (Auszüge aus der Krankengeschichte des Beschwerdeführers, IVSTA-act. 53).

C-4822/2020 Seite 17

#### **E. 6.2.7**

Gemäss Bericht vom 18. Februar 2020 untersuchte Prof. Dr. M.\_\_\_\_\_ (Fachausrichtung unbekannt) den Beschwerdeführer wegen einer früher gestellten Diagnose einer nicht definierten systemischen Bindegewebserkrankung. Zudem habe der Beschwerdeführer über Schmerzen im Kreuz und den grossen Gelenken geklagt. Aus der mitgebrachten medizinischen Dokumentation gehe hervor, dass eine Untersuchung beim Kardiologen erfolgt sei, wonach kein Pericarderguss vorliege und eine EF (Ejektionsfraktion) von 68% festgestellt worden sei. Es fänden sich keine Anzeichen einer peripheren Arthritis. Von rheumatologischer Seite seien weiterhin die medikamentöse Therapie und regelmässige Kontrollen erforderlich. Zudem sei eine Untersuchung beim Facharzt für Pneumologie einschliesslich Lungenfunktionstests erforderlich. Für die bisher ausgeübte Tätigkeit sei der Beschwerdeführer arbeitsunfähig (IVSTA-act. 54).

#### **E. 6.3**

In der RAD-Stellungnahme vom 30. April 2020 hielt Dr. J.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Status nach bilateraler Bronchopneumonie 8. Juli 2017 mit Legionellen-Sepsis, cardiorespiratorischer Insuffizienz und ARDS, bilaterale Pleuraergüsse - aktenanamnestisch schwere Trikuspidal- oder Mitralinsuffizienz April 2018, - chronisches Zervical- und Lumbalsyndrom - Fersensporen beidseits Diagnose April 2018 Folgende Nebendiagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach Spontanpneumothorax 2006 - wahrscheinliche Stimmbandlähmung rechts, Dysphonie Juli 2017 - Status nach lokaler Leberläsion 2017, nicht näher beschrieben - Status nach Beinvenenthrombose - Steatosis hepatis - Hypolipoproteinämie Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen (bis mittelschweren) und in angepassten Tätigkeiten ab 8. Juli 2017 vollumfänglich arbeitsunfähig. Nach einer Rekonvaleszenz von sechs Monaten und einer aufbauenden Eingliederung von drei Monaten bestehe ab 1. April 2018 keine Arbeitsunfähigkeit mehr. In den vorgelegten Berichten würden Schmerzen in den grossen Gelenken, eine erhöhte Ermüdbarkeit und zeitweises Stechen im Thorax

ge- schildert. Die pneumologische Untersuchung am 16. August 2018 sei nor- mal, die Sättigung mit 99% sehr gut gewesen. Dr. L. \_\_\_\_\_ habe über

C-4822/2020 Seite 18 einen behandelten erhöhten Blutdruck, eine anamnestische Leberschwä- che (ohne medizinische Unterlagen dazu), ein thorakales Stechen für kurze Zeit am Tag seit einer Woche und normale Laborwerte berichtet. Subjektiv bestehe Ermüdung auch bei kleineren Anstrengungen. In den Untersu- chungsbefunden der Pneumologie vom 22. März 2019 gebe es keine Auf- fälligkeiten. Dr. K. \_\_\_\_\_ habe am 17. September 2018 über eine anhand der Hamilton Skala erhobene schwere Depression berichtet und ein Anti- depressivum verschrieben. Der Schweregrad der möglichen Depression sei aufgrund der Anamnese und des Verlaufs aber kaum als schwer zu betrachten. Der Beschwerdeführer habe die Medikamente wegen der gu- ten Wirkung bald wieder abgesetzt. Prof. Dr. M. \_\_\_\_\_ habe bei der Un- tersuchung der Gelenke ausser einer Druckdolenz im Handgelenk und Fin- gerbereich kaum Befunde erhoben. Auch die Herzfunktion sei mit EF 68% normal. Der Verlauf nach der Legionellenpneumonie mit Sepsis ab 8. Juli 2017 sei prolongiert gewesen, aber schlussendlich habe der Beschwerde- führer doch mehrheitlich unauffällige Untersuchungsbefunde gezeigt. Seine rasche subjektive Ermüdung könne auch auf eine Dekonditionierung zurückzuführen sein. Ein halbes Jahr zur Rehabilitation sei durchaus rea- listisch. Danach könne der Einstieg in die berufliche Tätigkeit aufsteigend als möglich angesehen werden. Die angestammte Tätigkeit sei möglich, wenn sie bis mittelschwer sei. Damit werde der subjektiven Ermüdung und den Beschwerden der Gelenke Rechnung getragen (IVSTA-act. 56).

#### **E. 6.4**

Im Vorbescheidverfahren reichte der Beschwerdeführer keine neuen medizinischen Unterlagen ein. Das Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ lag be- reits vor (IVSTA-act. 27). In ihrer Stellungnahme vom 19. August 2020 (IV- STA-act. 68) beurteilte RAD-Ärztin Dr. J. \_\_\_\_\_ die gesundheitliche Situ- ation des Beschwerdeführers bei gleichbleibenden Diagnosen wie in der vorherigen RAD-Stellungnahme dahingehend, dass sich keine Änderung der bisherigen Einschätzung aufdränge. Der Beschwerdeführer habe sich wieder erholt und erhebliche Residuen könnten aus den Unterlagen nicht abgeleitet werden. Dass in Zukunft altersbedingt Veränderungen eintreten könnten mit mehr Komorbiditäten sei eine gängige Erfahrung und nicht grundsätzlich IV-relevant.

#### **E. 6.5**

Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer mit seiner Replik vom 18. Februar 2020 beziehungsweise 25. Februar 2021 (BVGer- act. 19) drei weitere medizinische Berichte ein:

##### **E. 6.5.1**

Im fachärztlichen rheumatologischen Untersuchungsbericht vom

##### **E. 6.5.2**

Vom 21. bis 23. Juli 2021 hielt sich der Beschwerdeführer zur chirur- gischen laparoskopischen Gallenblasenentfernung in der chirurgischen Abteilung des Spitals "O. \_\_\_\_\_" in D. \_\_\_\_\_ auf, die am 22. Juli 2021 durchgeführt wurde (BVGer-act. 19, Beilage 2).

##### **E. 6.5.3**

Im rheumatologischen Bericht vom 11. Februar 2021 diagnostizierte Dr. I.\_\_\_\_\_ eine Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet (M35.9). Der Beschwerdeführer klagt weiterhin über Schmerzen in den Handgelenken, Knien und Kreuz (oben links). Es bestehe eine morgendliche Steifheit von ungefähr einer Stunde und morgens ein unproduktiver Husten. Im September 2020 habe er eine Bewusstseinskrise erlitten. Neben ansonsten unauffälligen objektiven Befunden erhob Dr. I.\_\_\_\_\_ bei einem Finger-Boden-Abstand von etwa 35cm einen beidseits positiven Lasègue bei etwa 60° sowie eine leicht erniedrigte Druckkraft der linken Hand. Die verschriebenen Medikamente nehme der Beschwerdeführer ein, nur Medrol habe er seit einer Operation der Gallenblase im letzten Juli abgesetzt. Dr. I.\_\_\_\_\_ forderte Röntgenbilder beider Hände, Füße und Fersenknochen, immunologische Analysen sowie Untersuchungen durch Ophthalmologen, Neurologinnen und Pneumologen an, um eine erneute Untersuchung in vier bis sechs Wochen in Kenntnis der angeforderten Befunde und neuen Laboranalysen durchzuführen (BVGer-act. 19, Beilage 3).

#### **E. 6.6**

Die Vorinstanz legte daraufhin (in Hinblick auf die Duplik) der RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_\_ die neu eingereichten medizinischen Unterlagen vor. Sie sollte dazu Stellung nehmen, ob es bei ihrer bisherigen Beurteilung verbleibe oder ob diese eine Änderung erfahre und ob eine neue Untersuchung des Beschwerdeführers notwendig sei. Dr. J.\_\_\_\_\_ hielt in der RAD-Stellungnahme vom 26. März 2021 fest, die Untersuchungsbefunde würden zum Teil nur berichtet, lägen aber nicht selbst vor. Der fachärztliche rheumatologische Untersuchungsbericht von Dr. I.\_\_\_\_\_ vom 11. März 2020 lasse sich schwerlich mit einem chronischen cervikalen und thorakalen Syndrom vereinbaren, der Beschwerdeführer sei beschwerdefrei. Eine Vorwölbung der Disci sei angesichts des Alters zu erwarten und sollte keine Beschwerden machen. In der Diagnoseliste sei zudem nur noch von einer leichten Trikuspidalinsuffizienz die Rede. Die Beschwerden hätten sich im Verlauf auch gewandelt. In den letzten Berichten werde über Rücken-

C-4822/2020 Seite 20 Nackenbeschwerden, Schmerzen in den kleinen Gelenken der Hände und Füße, einer Morgensteifigkeit, welche auch ohne Steroide nur noch eine Stunde betrage, aber kaum ein Korrelat in den Untersuchungen finde, berichtet. Eine Einschränkung aus dem pneumologisch-kardiologischen Bereich scheine nicht mehr vorzuliegen, die Auswurffraktion (EF) habe sich bereits im Februar 2020 als normal dargestellt. Die von der Rheumatologin im Heimatland angeforderten Untersuchungen seien wohl nicht durchgeführt worden. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine mittelschwere Tätigkeit werde nicht in Frage gestellt wegen anamnestischen Rückenproblemen mit positivem Lasegue-Test bei 60°, aber nur 38cm Finger-Boden-Abstand und der eventuell vorhandenen Heberdenarthrose der Finger. Dauersitzen sei nicht günstig, es sollten Positionswechsel möglich sein, was Pausen oder andere Tätigkeiten als Fahren entspreche im angestammten Beruf. Die Belastung solle mittelschwer nicht übersteigen. Für die regelmässigen Pausen würden 10% bejaht, auch wenn die Rückenprobleme in der Regel phasenweise aufträten. Eine leichte Tätigkeit in Wechselbelastung sei möglich. Die stündige Morgensteifigkeit könne durch eine entsprechende Aufstehzeit berücksichtigt werden. Die Dauermedikation mit Steroiden habe dem Beschwerdeführer offenbar nicht genügend Verbesserung gebracht, er habe sie unterbrochen. Ob eine Wiederaufnahme der Medikation Sinn mache, sei nicht hier zu diskutieren. 7. Die Vorinstanz vertritt die Auffassung, dass der Beschwerdeführer seit sei-

ner Erkrankung ab 8. Juli 2017 vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen sei. Nach einer Rekonvaleszenzzeit von sechs Monaten und einer aufbauenden Eingliederung von drei Monaten sei der Beschwerdeführer ab 1. April 2018 in der Lage, wieder eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in allen bis mittelschweren Tätigkeiten aufzunehmen. Umstritten und zu prüfen ist zunächst, ob sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist. 7.1 Die Vorinstanz stützt sich im Wesentlichen auf die Stellungnahmen ihrer RAD-Ärztin Dr. J. \_\_\_\_\_, die den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hat. Die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Erfolgt keine eigene Untersuchung durch den RAD, können ihre Stellungnahmen 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

C-4822/2020 Seite 21 Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2, 9C\_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.3 und Urteil des BVerfG C-2517/2016 vom 4. Februar 2019 E. 7.2). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 f. m.H.; Urteil des BGer 8C\_699/2018 vom 28. August 2019 E. 3 und 4.1.1 u.a. m.H.a 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 [beide betreffend Unfallversicherung]; Urteil des BGer 9C\_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2 m.w.H.). Zu prüfen ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten aus Bosnien-Herzegowina der RAD-Ärztin 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 ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind. 7.2 Aus den ärztlichen Berichten und Gutachten aus Bosnien-Herzegowina ergibt sich, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht an verschiedenen gesundheitlichen Beschwerden leidet (Folgeerscheinungen der beidseitigen Lungenentzündung mit Pleuraergüssen und Sepsis, Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems, Leberschaden und Beschwerden an der Brust- und Lendenwirbelsäule), die mehrere medizinische Fachgebiete (Kardiologie, Rheumatologie, Pneumologie) tangieren und gemäss der Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. J. \_\_\_\_\_ (vgl. RAD-ärztliche Stellungnahme vom 30. April 2020 [IVSTA-act. 56]) zumindest für eine gewisse Zeit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatten. Darüber hinaus hat der behandelnde Neuropsychiater Dr. K. \_\_\_\_\_ in Bosnien-Herzegowina eine (schwere) Depression diagnostiziert, die zeitweise mit Antidepressiva behandelt wurde (IVSTA-act. 49 f. und 53). Damit liegen mehrere Faktoren vor, die sich (potenziell) auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken. Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit grundsätzlich auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage erfolgen. Zweck solcher interdisziplinären Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4, 143 V 124 E. 2.2.4). Insbesondere beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen ist es nicht gerechtfertigt, die somatischen und psychischen Befunde isoliert abzuklären. Vielmehr ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom

## **E. 7**

Die Vorinstanz vertritt die Auffassung, dass der Beschwerdeführer seit seiner Erkrankung ab 8. Juli 2017 vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen sei. Nach einer Rekonvaleszenzzeit von sechs Monaten und einer aufbauenden Eingliederung von drei Monaten sei der Beschwerdeführer ab 1. April 2018 in der Lage, wieder eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in allen bis mittelschweren Tätigkeiten aufzunehmen. Umstritten und zu prüfen ist zunächst, ob sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist.

### **E. 7.1**

Die Vorinstanz stützt sich im Wesentlichen auf die Stellungnahmen ihrer RAD-Ärztin Dr. J. \_\_\_\_\_, die den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hat. Die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Erfolgt keine eigene Untersuchung durch den RAD, können ihre Stellungnahmen wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest-stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2, 9C\_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.3 und Urteil des BVGer C-2517/2016 vom 4. Februar 2019 E. 7.2). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 f. m.H.; Urteil des BGer 8C\_699/2018 vom 28. August 2019 E. 3 und 4.1.1 u.a. m.H.a 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 [beide betreffend Unfallversicherung]; Urteil des BGer 9C\_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2 m.w.H.). Zu prüfen ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten aus Bosnien-Herzegowina der RAD-Ärztin 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 ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

### **E. 7.2**

Aus den ärztlichen Berichten und Gutachten aus Bosnien-Herzegowina ergibt sich, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht an verschiedenen gesundheitlichen Beschwerden leidet (Folgeerscheinungen der beidseitigen Lungenentzündung mit Pleuraergüssen und Sepsis, Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems, Leberschaden und Beschwerden an der Brust- und Lendenwirbelsäule), die mehrere medizinische Fachgebiete (Kardiologie, Rheumatologie, Pneumologie) tangieren und gemäss der Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. J. \_\_\_\_\_ (vgl. RAD-ärztliche Stellungnahme vom 30. April 2020 [IVSTA-act. 56]) zumindest für eine gewisse Zeit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatten. Darüber hinaus hat der behandelnde Neuropsychiater Dr. K. \_\_\_\_\_ in Bosnien-Herzegowina eine (schwere) Depression diagnostiziert, die zeitweise mit Antidepressiva behandelt wurde (IVSTA-act. 49 f. und 53). Damit liegen mehrere Faktoren vor, die sich (potenziell) auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken. Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit grundsätzlich auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage erfolgen. Zweck solcher interdisziplinären Gutachten ist es, alle relevanten

gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4, 143 V 124 E. 2.2.4). Insbesondere beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen ist es nicht gerechtfertigt, die somatischen und psychischen Befunde isoliert abzuklären. Vielmehr ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2 m.w.H.). Dem RAD standen für die Aktenbeurteilung zwar zahlreiche ärztliche Berichte und Gutachten zur Verfügung (vgl. oben E. 6); bei diesen handelt es sich allerdings nicht um allseitige Einschätzungen, welche das Zusammenwirken der verschiedenen Gesundheitsbeeinträchtigungen berücksichtigten.

### **E. 7.3.1**

Hinsichtlich der somatischen Beschwerden hatte Dr. J.\_\_\_\_\_ vor allem medizinische Unterlagen zur Verfügung, um sich ein Bild über die unmittelbaren gesundheitlichen Folgen der Legionelleninfektion zu machen. Nach beidseitiger Lungenentzündung, Pleuraergüssen und kardiorespiratorischer Insuffizienz am 8. Juli 2017 wurde der Beschwerdeführer bis Dezember 2017 - das heisst, bis sich bei fibrösen Folgeerscheinungen die früher diagnostizierten Neubildungen in der Lunge vollständig zurückgebildet hatten - engmaschig kontrolliert (vgl. oben E. 6.1.1-6.1.10). Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit findet sich in diesen ärztlichen Berichten nicht. Das Gutachten der erstinstanzlichen Gutachterstelle vom 30. Mai 2018, wonach die Behandlung noch nicht abgeschlossen sei, liegt nicht bei den Akten. Aus dem knapp dreiseitigen Formular-Gutachten der zweitinstanzlichen Gutachterstelle von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 26. November 2018 ist zwar zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ab 30. Mai 2018 zu 80% (bleibend) arbeitsunfähig sei. Die Begründung fällt allerdings marginal aus und erfüllt die Anforderungen an ein schweizerisches umfassendes Gutachten, das sich mit der gesamten medizinischen Aktenlage auseinandersetzt, bei Weitem nicht. Die RAD-Ärztin stellte denn auch nicht auf die gutachterliche Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_\_ ab, sondern ging in eigener Beurteilung davon aus, dass der Beschwerdeführer ab 1. April 2018 (nach einer sechsmonatigen Rekonvaleszenz und dreimonatigen aufbauenden Eingliederung) vollumfänglich arbeitsfähig sei (RAD-ärztliche Stellungnahme vom 30. April 2020 [IVSTA-act. 56]). Dabei wies sie auf das Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) hin, wonach neben der Voraussetzung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40% während des Wartejahres die versicherte Person - damit ein Rentenanspruch entsteht - weiterhin mindestens zu 40% erwerbsunfähig sein müsse (Rz. 2020). Die pneumologischen Therapien wurden im März 2019 abgeschlossen und Kontrolluntersuchungen nur noch bei Bedarf angesetzt (vgl. IVSTA-act. 51). Dennoch empfahlen Prof. Dr. M.\_\_\_\_\_ - trotz normaler Auswurfraction (EF 68%) - im Bericht vom 18. Februar 2020 (IVSTA-act. 54) und Dr. I.\_\_\_\_\_ im Untersuchungsbericht vom 11. Februar 2021 (BVGer-act. 19, Beilage 3) eine pneumologische Untersuchung einschliesslich Lungenfunktionstests beziehungsweise Untersuchungen durch einen Pneumologen. Arztberichte über die angeforderten Untersuchungen der Lunge liegen nicht vor. Zwar ist trotz prolongiertem Verlauf der Legionellenpneumonie in den vorhandenen Akten eine fortlaufende Verbesserung des Gesundheitszustands ersichtlich, wie dies Dr. J.\_\_\_\_\_ grundsätzlich ebenfalls feststellt. Doch fehlen aktuelle Arztberichte, die den Verlauf seit Februar 2020 dokumentieren. Hinsichtlich des Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers blieb die Aktenlage ebenfalls unvollständig und die RAD-ärztliche Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_\_ vermag bei fehlender Stütze in den Akten

nicht alleine als Grundlage für eine solche Beurteilung zu dienen.

### **E. 7.3.2**

Im Januar 2018 klagte der Beschwerdeführer erstmals über Schmerzen in den kleinen Hand- und Fussgelenken sowie in den Knien. Im Juli 2018 trat das Symptom einer Morgensteife von 60-120 Minuten hinzu (IVSTA-act. 24). Es bestand ein nicht erhärteter Verdacht auf eine systemische Erkrankung (IVSTA-act. 27 S. 3 beziehungsweise 64 S. 2 ff.). Diese rheumatologischen Beschwerden wurden in den RAD-Stellungnahmen vom 19. August 2020 vom 30. April 2020 - wenn überhaupt - nur marginal erwähnt, obwohl sie dem Beschwerdeführer gemäss Gutachter Dr. E. \_\_\_\_\_ im November 2018 grössere Probleme verursachten, als die Beschwerden des Herz- Kreislauf-Systems (IVSTA-act. 27 beziehungsweise 64 S. 2 ff.). Erst in der RAD-Stellungnahme vom 17. März 2021 äusserte sich Dr. J. \_\_\_\_\_ näher zu den vorgenannten Beschwerden (BVGer-act. 23). Es ist daher auch hier zum Verfügungszeitpunkt noch nicht von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt auszugehen, weshalb sich weitere Abklärungen aufdrängen.

### **E. 7.3.3**

Die vom Beschwerdeführer beschriebene rasche Ermüdung führte die RAD-Ärztin auf eine mutmassliche Dekonditionierung zurück (IVSTA-act. 56). Eine solche Schlussfolgerung ist spekulativ und hätte auf eigenen Untersuchungen basieren müssen, zumal sie in den medizinischen Akten keine Grundlage findet. Vorliegend ist unklar und abzuklären, ob die Ermüdung auf eine allfällige Dekonditionierung, psychische oder physische Ursachen zurückzuführen ist.

### **E. 7.3.4**

Dr. L. \_\_\_\_\_ empfahl in seinem internistischen Bericht vom 26. März 2019 eine kardiologische Untersuchung, da der Beschwerdeführer über ein 15-20 Minuten langes Stechen in der linken Brustkorbseite geklagt hatte. Eine Untersuchung beim Kardiologen ist gemäss Bericht von Prof. Dr. M. \_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2020 (IVSTA-act. 54) zwar erfolgt, doch steht in den vorinstanzlichen Akten dazu kein kardiologischer Bericht zur Verfügung.

### **E. 7.4**

In psychischer Hinsicht erwähnte Dr. J. \_\_\_\_\_ zwar, dass Dr. K. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 17. September 2018 (IVSTA-act. 49) eine schwere Depression anhand der Hamilton Skala festgestellt habe, zweifelte aber deren Schweregrad an. Dies, obwohl der Beschwerdeführer (auch nach eigenmächtigem Absetzen weiterhin) Antidepressiva einnehmen musste (IVSTA-act. 50, 56). Aufgrund des Verlaufs trat insoweit eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands ein, als Dr. K. \_\_\_\_\_ im August 2019 von einer guten Remission sprach und die Medikation abgesetzt werden konnte (vgl. IVSTA-act. 53). Diese Feststellungen beruhen jedoch auf Auszügen aus der Krankengeschichte. Weitere Berichte, die einen lückenlosen, fachärztlich erhobenen psychiatrischen Befund erheben, liegen nicht vor. Die Voraussetzungen für eine blosse Aktenbeurteilung durch den RAD können daher auch in psychiatrischer Hinsicht nicht als gegeben erachtet werden. Sollte eine depressive Erkrankung vorliegen und auch die Ausprägung der Diagnose geklärt sein, ist es, wie das Bundesgericht in BGE 143 V 409 erwogen hat, sach- und systemgerecht, leichte bis mittelschwere depressive Störungen ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Dieses bleibt nur dann entbehrlich, wenn im Rahmen beweiskräftiger medizinischer

Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (Urteil des BGer 9C\_563/2017 vom 23. Februar 2018 E. 8.1).

#### **E. 7.5**

Des Weiteren ist zwar der Verlauf in der ersten Zeit von Juli 2017 bis etwa September 2018 relativ kontinuierlich dokumentiert (Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 17. September 2018 [IVSTA-act. 49]), doch die medizinische Berichterstattung weist ab diesem Zeitpunkt immer grösser werdende Lücken auf. Von Januar bis Juni 2019 liegen vier Arztberichte vor. Zwischen dem Bericht vom 22. Juni 2019 von Dr. K. \_\_\_\_\_ und dem Bericht vom 18. Februar 2020 von Prof. Dr. M. \_\_\_\_\_ klafft bereits eine Lücke von acht Monaten. Seitdem reichte weder der Beschwerdeführer - trotz Aufforderung - neue medizinische Unterlagen ein, noch beschaffte sich die Vorinstanz solche im Rahmen ihrer Abklärungspflicht. Die medizinische Aktenlage erweist sich daher insbesondere im Zeitraum zwischen Juni 2019 und August 2020 (Verfügungszeitpunkt) als äusserst dünn - es liegt einzig ein Arztbericht vom 18. Februar 2020 von Prof. Dr. M. \_\_\_\_\_ vor. Damit fehlt es von vornherein an einer vollständigen medizinischen Aktenlage. Insgesamt sind in den Akten viele Berichte nicht direkt vorliegend, sondern es wird lediglich indirekt über sie berichtet, wie dies Dr. J. \_\_\_\_\_ zutreffend festhält (RAD-ärztliche Stellungnahme vom 26. März 2021 [BVGer-act. 23]). Dasselbe gilt folglich auch für einige Diagnosen; So etwa über eine berichtete zunächst schwere, später leichte Mitralklappen- beziehungsweise Trikuspidalinsuffizienz (IVSTA-act. 26), oder eine aktenanamnestisch bestehende Leberschwäche. Auch hier sind die vollständigen Akten einzuholen.

#### **E. 7.6**

Zudem liegen aufgrund der Berichte der behandelnden (Fach-)Ärzte Hinweise dafür vor, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers seit Erlass der rentenablehnenden Verfügung vom 21. August 2020 verschlechtert hat. In ihrer letzten Stellungnahme bestätigt dies RAD-Ärztin Dr. J. \_\_\_\_\_, indem sie ab 11. Februar 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 10% in der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers schätzt (BVGer-act. 23). Auch diese Arbeitsfähigkeitsschätzung ist insofern widersprüchlich, da Dr. J. \_\_\_\_\_ einerseits in den vorherigen RAD-Stellungnahmen stets davon ausging, die bisherige Tätigkeit sei - wie alle Verweistätigkeiten - weiterhin durchführbar sofern es sich um eine bis mittelschwere Tätigkeit handle. Andererseits waren eine Osteoarthritis, Skoliosen und weitere degenerative Entwicklungen in der Brust- und Lendenwirbelsäule (teilweise auch an den Sakroiliakalgelenken) bereits ab August 2017 aktenkundig und ein chronisches Zervical- und Lumbalsyndrom diagnostiziert worden (IVSTA-act. 18 -23). Von dieser Diagnose rückt Dr. J. \_\_\_\_\_ in der RAD-Stellungnahme vom 17. März 2021 wieder ab, begründet die Arbeitsunfähigkeit von 10% aber dennoch mit dem erhöhten Pausenbedarf wegen des degenerativen Rückenleidens. Auch hier erscheinen weitere Abklärungen angezeigt.

#### **E. 7.7**

Die behandelnden (Fach-)Ärzte empfahlen darüber hinaus mehrere weitere Untersuchungen. Dr. I. \_\_\_\_\_ forderte am 11. Februar 2021 Röntgenbilder beider Hände, Füsse und Fersenknochen, immunologische Analysen sowie unter anderem Untersuchungen durch Ophthalmologen und Neurologen (BVGer-act. 19, Beilage 3).

Danach wollte sie in Kenntnis der angeforderten Befunde und Laboranalysen in vier bis sechs Wochen eine erneute Untersuchung durchführen. Dr. J. \_\_\_\_\_ nimmt dahingehend Bezug auf die von Dr. I. \_\_\_\_\_ angeforderten Untersuchungen, als sie festhält, dass diese wohl nicht durchgeführt worden seien. Die entsprechenden medizinischen Untersuchungsberichte sind ebenfalls beizuziehen.

### **E. 7.8**

Schliesslich ist der Vollständigkeit halber festzuhalten, dass aus den bisherigen erwerblichen Abklärungen der Vorinstanz (vgl. IVSTA-act. 9-12 und 28 f.) nicht schlüssig hervorgeht, ob es sich bei der angestammten Tätigkeit als LKW-Fahrer tatsächlich um eine mittelschwere Tätigkeit gehandelt hat. Hierzu hat die Vorinstanz - zuhanden der Gutachter - unter Mitwirkung des Geschworenen ein Stellenprofil zu erstellen, damit ersichtlich ist, welche Arbeiten welchen Schweregrades der Beschwerdeführer bis September 2011 als selbständiger LKW-Fahrer verrichtet hat.

### **E. 7.9**

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die medizinische Aktenlage unvollständig ist. Den medizinischen Akten ist keine umfassende Darstellung der Befunde zu entnehmen. Es fehlt auch eine fachübergreifende, polydisziplinäre Gesamtschau der verschiedenen geltend gemachten somatischen und psychischen Beeinträchtigungen beziehungsweise der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Überdies bestehen aus mehreren Gründen Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD. Daher kann auf die Aktenbeurteilungen des RAD 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 im Rahmen der Rentenprüfung Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat.

### **E. 8**

Juli bis 18. Juli 2017 in der Intensivstation behandelt worden war, nachdem die Abteilung für Innere Medizin, Einheit Kardiologie, ihn wegen Erststadiums, Schwellungen am Unterschenkel, Fieberanfällen, allgemeiner Schwächeanfälle und Mattigkeit überwiesen hatte (vgl. auch IVSTA-act. 16 S. 3, 27 S. 3). Während des Spitalaufenthalts vom 18. bis 27. Juli 2017 sei er drei Tage in der Intensivstation des Instituts für Lungenerkrankungen in C. \_\_\_\_\_ behandelt und danach in die zweite Ebene der Intensivstation verlegt worden. Am zweiten Tag dieses Aufenthalts sei eine Legionelleninfektion festgestellt worden. Der radiologische Befund habe im weiteren Verlauf eine Besserung, aber nur eine unvollständige Regression gezeigt. Bei ansonsten normalen körperlichen Befunden ertöne bei Perkussion ein sonores Lungengeräusch. Bei Auskultation höre man ein Atemgeräusch mit hochfrequentem Pfeifton in den oberen Teilen der Lunge, der nach dem Husten zeitweise aufhöre. Die Sauerstoffsättigung betrage 89% (IVSTA-act. 17, 27 S. 3).

### **E. 8.1**

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 Rentenprüfungsverfahren selbst noch kein Gutachten eingeholt hat, sondern die RAD-Beurteilungen der vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte aus Serbien-Montenegro als ausreichend betrachtet hat,

C-4822/2020 Seite 27 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. Überdies würde dem Beschwerdeführer mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug verwehrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

## **E. 8.2**

Die Beschwerde ist folglich im Eventualantrag gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen ein interdisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie in der Schweiz einzuholen (bei Bedarf sind auch weitere Disziplinen einzubeziehen). Die gutachterliche Beurteilung allfälliger psychischer Leiden des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat in Anwendung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen (BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). Im Rahmen der Begutachtung ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «Suisse-MED@P» zu ermitteln und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). 9.

## **E. 9**

Juli 2018 durch Dr. E.\_\_\_\_\_, Physiater, von der Gutachtenstelle zweiter Instanz lag gemäss Bericht vom 26. Juli 2018 seit dem 30. Mai 2018 eine (bleibende) Arbeitsunfähigkeit von 80% vor (IVSTA-act. 27 beziehungsweise 64 S. 2 ff.). Im Bericht stellte Dr. E.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen: - Beidseitige Bronchiektasien (irreversible, sackförmige Ausweitungen der Bronchien; J47) - Emphysem, nicht näher bezeichnet (J43.9) - Chronisch-manifestierte Ateminsuffizienz; Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet (Legionelle Pneumophila; J18);

C-4822/2020 Seite 15 - Sepsis (J41.9) - Generalisierte Osteoarthritis Der Beschwerdeführer beschrieb anlässlich der Untersuchung, er fühle sich sehr schlecht, ermüde schnell, könne keine 50 Meter weit ohne Pause gehen, verspüre Schmerzen in der Lunge und müsse stehenbleiben. Er habe 25kg abgenommen, keinen Appetit, und wegen Schmerzen in fast allen Gelenken sei die Behandlung seit einem Jahr unter der Kontrolle eines Rheumatologen mit Corticosteroiden fortgesetzt worden. Es träten plötzliche Schwellungen der Gelenke mit erhöhter Temperatur auf, und er könne sich dann nicht mehr auf die unteren Gliedmassen abstützen. Der Verdacht auf eine systemische Erkrankung habe bisher nicht endgültig erhärtet werden können. Zudem begleite den Versicherten ein ständiges Taubheitsgefühl am ganzen Körper, besonders bei wechselndem Wetter und bei

körperlichen Anstrengungen. Im letzten halben Jahr hätten sich auch noch Angstgefühle, Beklommenheit und Unsicherheit dazugesellt. Er könne den Moment beim Transport von D.\_\_\_\_\_ nach C.\_\_\_\_\_ nicht vergessen, als plötzlich das Beatmungsgerät versagt habe. Nach Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_\_ war es zu einer dauerhaften Veränderung des Gesundheitszustands gekommen und die rheumatischen Beschwerden verursachten dem Beschwerdeführer im genannten Zeitraum grössere Probleme, als die Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems.

### **E. 9.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis 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 Beschwerdeführenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6), weshalb dem obsiegenden Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 9.2**

Dem obsiegenden, nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer, der in eigener Angelegenheit prozessiert, sind keine unverhältnismässig hohen Kosten respektive kein unverhältnismässig hoher Aufwand entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64

C-4822/2020 Seite 28 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegenden Vorinstanz ist auch keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

(Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite)

C-4822/2020 Seite 29

### **E. 11**

August 2008 E. 6.2.2 m.w.H.). Dem RAD standen für die Aktenbeurteilung zwar zahlreiche ärztliche Berichte und Gutachten zur Verfügung (vgl. oben E. 6); bei diesen handelt es sich allerdings nicht um allseitige Einschätzungen, welche das Zusammenwirken der verschiedenen Gesundheitsbeeinträchtigungen berücksichtigten. 7.3 7.3.1 Hinsichtlich der somatischen Beschwerden hatte Dr. J.\_\_\_\_\_ vor allem medizinische Unterlagen zur Verfügung, um sich ein Bild über die unmittelbaren gesundheitlichen Folgen der Legionelleninfektion zu machen. Nach beidseitiger Lungenentzündung, Pleuraergüssen und kardiorespiratorischer Insuffizienz am 8. Juli 2017 wurde der Beschwerdeführer bis Dezember 2017 – das heisst, bis sich bei fibrösen Folgeerscheinungen die früher diagnostizierten Neubildungen in der Lunge vollständig zurückgebildet hatten – engmaschig kontrolliert (vgl. oben E. 6.1.1-6.1.10). Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit findet sich in diesen ärztlichen Berichten nicht. Das Gutachten der erstinstanzlichen Gutachterstelle vom 30. Mai 2018, wonach die Behandlung noch nicht abgeschlossen sei, liegt nicht bei den Akten. Aus dem knapp dreiseitigen Formular-Gutachten der zweitinstanzlichen Gutachterstelle von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 26.

November 2018 ist zwar zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ab 30. Mai 2018 zu 80% (bleibend) arbeitsunfähig sei. Die Begründung fällt allerdings marginal aus und erfüllt die Anforderungen an ein schweizerisches umfassendes Gutachten, das sich mit der gesamten medizinischen Aktenlage auseinandersetzt, bei Weitem nicht. Die RAD-Ärztin stellte denn auch nicht auf die gutachterliche Einschätzung von Dr. E. \_\_\_\_\_ ab, sondern ging in eigener Beurteilung davon aus, dass der Beschwerdeführer ab 1. April 2018 (nach einer sechsmonatigen Rekonvaleszenz und dreimonatigen aufbauenden Eingliederung) vollumfänglich arbeitsfähig sei (RAD-ärztliche Stellungnahme vom 30. April 2020 [IVSTA-act. 56]). Dabei wies sie auf das Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) hin, wonach neben der Voraussetzung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40% während des Wartejahres die versicherte Person – damit ein Rentenanspruch entsteht – weiterhin mindestens zu 40% erwerbsunfähig sein müsse (Rz. 2020). Die pneumologischen Therapien wurden im März 2019 abgeschlossen und Kontrolluntersuchungen nur noch bei Bedarf angesetzt (vgl. IVSTA-act. 51). Dennoch empfahlen Prof. Dr. M. \_\_\_\_\_ – trotz normaler Auswurffraktion (EF 68%) – im Bericht vom 18. Februar 2020 (IVSTA-act. 54) und Dr. I. \_\_\_\_\_ im Untersuchungsbericht vom 11. Februar

C-4822/2020 Seite 23 2021 (BVGer-act. 19, Beilage 3) eine pneumologische Untersuchung einschliesslich Lungenfunktionstests beziehungsweise Untersuchungen durch einen Pneumologen. Arztberichte über die angeforderten Untersuchungen der Lunge liegen nicht vor. Zwar ist trotz prolongiertem Verlauf der Legionellenpneumonie in den vorhandenen Akten eine fortlaufende Verbesserung des Gesundheitszustands ersichtlich, wie dies Dr. J. \_\_\_\_\_ grundsätzlich ebenfalls feststellt. Doch fehlen aktuelle Arztberichte, die den Verlauf seit Februar 2020 dokumentieren. Hinsichtlich des Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers blieb die Aktenlage ebenfalls unvollständig und die RAD-ärztliche Beurteilung von Dr. J. \_\_\_\_\_ vermag bei fehlender Stütze in den Akten nicht alleine als Grundlage für eine solche Beurteilung zu dienen.

7.3.2 Im Januar 2018 klagte der Beschwerdeführer erstmals über Schmerzen in den kleinen Hand- und Fussgelenken sowie in den Knien. Im Juli 2018 trat das Symptom einer Morgensteife von 60-120 Minuten hinzu (IVSTA-act. 24). Es bestand ein nicht erhärteter Verdacht auf eine systemische Erkrankung (IVSTA-act. 27 S. 3 beziehungsweise 64 S. 2 ff.). Diese rheumatologischen Beschwerden wurden in den RAD-Stellungnahmen vom 19. August 2020 vom 30. April 2020 – wenn überhaupt – nur marginal erwähnt, obwohl sie dem Beschwerdeführer gemäss Gutachter Dr. E. \_\_\_\_\_ im November 2018 grössere Probleme verursachten, als die Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems (IVSTA-act. 27 beziehungsweise 64 S. 2 ff.). Erst in der RAD-Stellungnahme vom 17. März 2021 äusserte sich Dr. J. \_\_\_\_\_ näher zu den vorgenannten Beschwerden (BVGer-act. 23). Es ist daher auch hier zum Verfügungszeitpunkt noch nicht von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt auszugehen, weshalb sich weitere Abklärungen aufdrängen.

7.3.3 Die vom Beschwerdeführer beschriebene rasche Ermüdung führte die RAD-Ärztin auf eine mutmassliche Dekonditionierung zurück (IVSTA-act. 56). Eine solche Schlussfolgerung ist spekulativ und hätte auf eigenen Untersuchungen basieren müssen, zumal sie in den medizinischen Akten keine Grundlage findet. Vorliegend ist unklar und abzuklären, ob die Ermüdung auf eine allfällige Dekonditionierung, psychische oder physische Ursachen zurückzuführen ist.

7.3.4 Dr. L. \_\_\_\_\_ empfahl in seinem internistischen Bericht vom 26. März 2019 eine kardiologische Untersuchung, da der Beschwerdeführer über ein 15-20 Minuten langes Stechen in der linken Brustkorbseite ge-

klagt hatte. Eine Untersuchung beim Kardiologen ist gemäss Bericht von

C-4822/2020 Seite 24 Prof. Dr. M. \_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2020 (IVSTA-act. 54) zwar erfolgt, doch steht in den vorinstanzlichen Akten dazu kein kardiologischer Bericht zur Verfügung. 7.4 In psychischer Hinsicht erwähnte Dr. J. \_\_\_\_\_ zwar, dass Dr. K. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 17. September 2018 (IVSTA-act. 49) eine schwere Depression anhand der Hamilton Skala festgestellt habe, zweifelte aber deren Schweregrad an. Dies, obwohl der Beschwerdeführer (auch nach eigenmächtigem Absetzen weiterhin) Antidepressiva einnehmen musste (IVSTA-act. 50, 56). Aufgrund des Verlaufs trat insoweit eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands ein, als Dr. K. \_\_\_\_\_ im August 2019 von einer guten Remission sprach und die Medikation abgesetzt werden konnte (vgl. IVSTA-act. 53). Diese Feststellungen beruhen jedoch auf Auszügen aus der Krankengeschichte. Weitere Berichte, die einen lückenlosen, fachärztlich erhobenen psychiatrischen Befund erheben, liegen nicht vor. Die Voraussetzungen für eine blosser Aktenbeurteilung durch den RAD können daher auch in psychiatrischer Hinsicht nicht als gegeben erachtet werden. Sollte eine depressive Erkrankung vorliegen und auch die Ausprägung der Diagnose geklärt sein, ist es, wie das Bundesgericht in BGE 143 V 409 erwogen hat, sach- und systemgerecht, leichte bis mittelschwere depressive Störungen ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Dieses bleibt nur dann entbehrlich, wenn im Rahmen beweiskräftiger medizinischer Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (Urteil des BGer 9C\_563/2017 vom 23. Februar 2018 E. 8.1). 7.5 Des Weiteren ist zwar der Verlauf in der ersten Zeit von Juli 2017 bis etwa September 2018 relativ kontinuierlich dokumentiert (Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 17. September 2018 [IVSTA-act. 49]), doch die medizinische Berichterstattung weist ab diesem Zeitpunkt immer grösser werdende Lücken auf. Von Januar bis Juni 2019 liegen vier Arztberichte vor. Zwischen dem Bericht vom 22. Juni 2019 von Dr. K. \_\_\_\_\_ und dem Bericht vom 18. Februar 2020 von Prof. Dr. M. \_\_\_\_\_ klafft bereits eine Lücke von acht Monaten. Seitdem reichte weder der Beschwerdeführer – trotz Aufforderung – neue medizinische Unterlagen ein, noch beschaffte sich die Vorinstanz solche im Rahmen ihrer Abklärungspflicht. Die medizinische Aktenlage erweist sich daher insbesondere im Zeitraum zwischen Juni 2019 und August 2020 (Verfügungszeitpunkt) als äusserst dünn – es

C-4822/2020 Seite 25 liegt einzig ein Arztbericht vom 18. Februar 2020 von Prof. Dr. M. \_\_\_\_\_ vor. Damit fehlt es von vornherein an einer vollständigen medizinischen Aktenlage. Insgesamt sind in den Akten viele Berichte nicht direkt vorliegend, sondern es wird lediglich indirekt über sie berichtet, wie dies Dr. J. \_\_\_\_\_ zutreffend festhält (RAD-ärztliche Stellungnahme vom 26. März 2021 [BVGer-act. 23]). Dasselbe gilt folglich auch für einige Diagnosen; So etwa über eine berichtete zunächst schwere, später leichte Mitralklappen- beziehungsweise Trikuspidalinsuffizienz (IVSTA-act. 26), oder eine aktenanamnestisch bestehende Leberschwäche. Auch hier sind die vollständigen Akten einzuholen. 7.6 Zudem liegen aufgrund der Berichte der behandelnden (Fach-)Ärzte Hinweise dafür vor, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers seit Erlass der rentenablehnenden Verfügung vom 21. August 2020 verschlechtert hat. In ihrer letzten Stellungnahme bestätigt dies RAD-Ärztin Dr. J. \_\_\_\_\_, indem sie ab 11. Februar 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 10% in der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers

schätzt (BVGer-act. 23). Auch diese Arbeitsfähigkeitsschätzung ist insofern widersprüchlich, da Dr. J.\_\_\_\_\_ einerseits in den vorherigen RAD-Stellungnahmen stets davon ausging, die bisherige Tätigkeit sei – wie alle Verweistätigkeiten – weiterhin durchführbar sofern es sich um eine bis mittel-schwere Tätigkeit handle. Andererseits waren eine Osteoarthritis, Skolio-sen und weitere degenerative Entwicklungen in der Brust- und Lendenwir-belsäule (teilweise auch an den Sakroiliakalgelenken) bereits ab August 2017 aktenkundig und ein chronisches Zervical- und Lumbalsyndrom diagnostiziert worden (IVSTA-act. 18 -23). Von dieser Diagnose rückt Dr. J.\_\_\_\_\_ in der RAD-Stellungnahme vom 17. März 2021 wieder ab, begründet die Arbeitsunfähigkeit von 10% aber dennoch mit dem erhöhten Pausenbedarf wegen des degenerativen Rückenleidens. Auch hier er-scheinen weitere Abklärungen angezeigt. 7.7 Die behandelnden (Fach-)Ärzte empfahlen darüber hinaus mehrere weitere Untersuchungen. Dr. I.\_\_\_\_\_ forderte am 11. Februar 2021 Röntgenbilder beider Hände, Füße und Fersenknochen, immunologische Analysen sowie unter anderem Untersuchungen durch Ophthalmologen und Neurologen (BVGer-act. 19, Beilage 3). Danach wollte sie in Kenntnis der angeforderten Befunde und Laboranalysen in vier bis sechs Wochen eine erneute Untersuchung durchführen. Dr. J.\_\_\_\_\_ nimmt dahingehend Bezug auf die von Dr. I.\_\_\_\_\_ angeforderten Untersuchungen, als sie

C-4822/2020 Seite 26 festhält, dass diese wohl nicht durchgeführt worden seien. Die entspre- chenden medizinischen Untersuchungsberichte sind ebenfalls beizuzie- hen. 7.8 Schliesslich ist der Vollständigkeit halber festzuhalten, dass aus den bisherigen erwerblichen Abklärungen der Vorinstanz (vgl. IVSTA-act. 9-12 und 28 f.) nicht schlüssig hervorgeht, ob es sich bei der angestammten Tä- tigkeit als LKW-Fahrer tatsächlich um eine mittelschwere Tätigkeit gehan- delt hat. Hierzu hat die Vorinstanz – zuhanden der Gutachter – unter Mit- wirkung des Gesuchstellers ein Stellenprofil zu erstellen, damit ersichtlich ist, welche Arbeiten welchen Schweregrades der Beschwerdeführer bis September 2011 als selbständiger LKW-Fahrer verrichtet hat. 7.9 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die medizinische Aktenlage un- vollständig ist. Den medizinischen Akten ist keine umfassende Darstellung der Befunde zu entnehmen. Es fehlt auch eine fachübergreifende, polydis- ziplinäre Gesamtschau der verschiedenen geltend gemachten somati- schen und psychischen Beeinträchtigungen beziehungsweise der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähig- keit (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Überdies bestehen aus mehreren Grün- den Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD. Da- her kann auf die Aktenbeurteilungen des RAD als Grundlage für die Beur- teilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwer- deführers nicht abgestellt werden. Daraus folgt, dass die Vorinstanz den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vor- liegend demzufolge nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht er- forderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beur- teilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwer- deführer im Rahmen der Rentenprüfung Anspruch auf eine ordentliche In- validenrente hat. 8.

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