

BVGer C-5221/2017 vom 15. Mai 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-05-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5221_2017

FR: TAF C-5221/2017 du 15 mai 2018

IT: TAF C-5221/2017 del 15 maggio 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

In den hängigen Beschwerdeverfahren C-5221/2017 und C-5247/2017 stehen die jeweiligen Sachverhalte in einem engen inhaltlichen Zusammenhang. Nachdem die Vorinstanz der beantragten Verfahrensvereinigung zugestimmt hat und die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind (vgl. André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2014, S. 144 Rz. 3.17), hat das Bundesverwaltungsgericht die beiden Verfahren vereinigt (Zwischenverfügung vom 24. November 2017; BVGer act. 9).

E. 1.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerden zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügungen zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Der Beschwerdeführer hat seine am 14. September 2017 eingereichten Beschwerden mittels ergänzender Eingaben vom 2. Oktober 2017 frist- und formgerecht begründet (vgl. BVGer act. 1 und 4; BVGer act. 1 und 4, Nr. C-5247/2017) und die Kostenvorschüsse von je Fr. 500.- am 4. Oktober 2017 zugunsten der Gerichtskasse überwiesen, so dass auf die Beschwerden einzutreten ist (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes der vorliegenden Beschwerdeverfahren (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bilden die Verfügungen vom 28. Juli 2017, mit welchen die Vorinstanz den Anspruch auf Rentenleistungen und berufliche Massnahmen abgelehnt hat. Nicht Gegenstand der gerichtlichen Prüfung ist die Frage, ob die Verwaltung zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten ist. Denn nach der Rechtsprechung hat das Sozialversicherungsgericht eine gerichtliche Beurteilung der Eintretensfrage zu unterlassen, wenn die Verwaltung - wie hier - auf die Neuanmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b; Urteil EVG [heute Bundesgericht] I 359/2004 vom 12. Oktober 2004 E. 1.2.2 m.H.; Urteil des BVGer C-1767/2015 vom 7. Februar 2017 E. 3.5).

E. 3

Streitig sind vorliegend der Rentenanspruch des Beschwerdeführers sowie dessen Anspruch auf berufliche Massnahmen in Form von Umschulung. Zunächst sind die gesetzlichen Grundlagen sowie die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze, welche vorliegend massgebend sind, darzulegen.

E. 3.1

Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des Freizügigkeitsabkommens (FZA; SR 0.142.112.681) und der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; bzw. bis 31. März 2012 Verordnung [EWG] Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 mit Hinweisen; Basile Cardinaux, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23; Urteile des BVerfG C-5263/2014 vom 6. Juli 2016 E. 2 und C-2816/2014 vom 12. Februar 2016 E. 2.1, je mit Hinweisen).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (Urteil des BVerfG 8C_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.1; BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Der Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu beurteilen (vgl. BGE 130 V 445).

E. 3.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 3.4

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können

(Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 3.5

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird auf eine Neuansmeldung nur dann eingetreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität seither in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 i.V.m. Abs. 3 IVV; BGE 130 V 71 E. 2.2). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuansmeldeverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 [9C_904/2009] E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 [I 822/06] E. 2.1; Urteil des BGer 9C_157/2011 vom 17. Juni 2011 E. 2).

E. 3.6

Tritt die Verwaltung auf eine Neuansmeldung ein, weil eine anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht worden ist (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV) hat sie das neue Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (SVR 2014 IV Nr. 33 [8C_746/2013] E. 2; Urteil des BGer 8C_902/2015 vom 29. März 2016 E. 2.1). Es gilt der Untersuchungsgrundsatz (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen

Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des BGer 8C_616/2013 vom 28. Januar 2014 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 3.7

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 arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2).

E. 3.7.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 3.7.2

Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) beziehungsweise des medizinischen Dienstes der IVSTA müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des BGer 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Ihre Stellungnahmen können - wie Aktengutachten - beweiskräftig sein, sofern 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_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.). Soll im Gerichtsverfahren einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des medizinischen Dienstes der IVSTA entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d; Urteile des BGer 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4 und 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.3).

E. 3.7.3

In einem EU-Staat wohnhafte Versicherte können aus dem FZA keinen (unbedingten) Anspruch ableiten, in der Schweiz begutachtet zu werden; eine Entscheidung kann grundsätzlich auf im Wohnsitzstaat gefertigte ärztliche Berichte abgestützt werden. Gleichzeitig besteht keine Regel, wonach abschliessend auf im Wohnsitzstaat ausgefertigte ärztliche Berichte abzustellen wäre. Da sich der Leistungsanspruch nach dem materiellen Recht des Vertragsstaats bestimmt, leitet sich auch aus dem einzelstaatlichen Recht ab, welche Fragen der ärztlichen Klärung bedürfen, welche Anforderungen an den Nachweis des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts gestellt werden und mit welchen Mitteln

dieser Nachweis geführt wird (Urteil des BGer 9C_952/2011 vom 7. November 2012 E. 2.4). Es ist mithin nicht von vornherein unzulässig, einzig auf im Wohnsitzstaat des Versicherten erstellte ärztliche Berichte abzustellen (Urteil des BGer 9C_818/2013 vom 24. Februar 2014 E. 4.1.2; vgl. auch Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 5.1).

E. 4.1

Die Vorinstanz hat die Rückweisung zur Begutachtung beantragt, und der Beschwerdeführer hat diesem Antrag zugestimmt (vgl. Sachverhalt, Bst. C.j und C.k hievor). Bei dieser Ausgangslage ist nachfolgend zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt bereits hinreichend erstellt ist und basierend darauf sofort ein Endentscheid getroffen werden kann. Sollte dies nicht der Fall sein, kann dem übereinstimmenden Antrag der Parteien entsprochen werden.

E. 4.1.1

Mit RAD-Schlussbericht vom 29. Januar 2013, welcher der mit Verfügung vom 1. Mai 2013 vorgenommenen letzten Rentenprüfung zugrunde lag (act. 88, S. 1 - 4), hielt RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Allgemeine Medizin FMH und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, als Hauptdiagnose ein allergisches Asthma bronchiale (ICD-10 J 44.9) fest und führte insbesondere aus, der Beschwerdeführer leide an einer Lungenkrankheit bei chronischer Sinusitis (akute oder chronische Entzündung der Nasennebenhöhlen mit Eiterung; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264. Aufl. 2013, S. 1941) und Silikose (Quarzstaublunge; Pschyrembel, a.a.O., S. 1937) sowie an einem metabolischen Syndrom und an osteoartikulären Beschwerden. Auch wenn sich die Lungenkrankheit laut Beurteilung von Dr. med. D. _____ leicht verschlechtert habe, seien laut ihrem Bericht die beruflichen Einschränkungen unverändert. Leichte angepasste Tätigkeiten seien nach wie vor vollschichtig möglich, und es bestehe keine invaliditätsrelevante Veränderung (act. 84, S. 1 - 4).

E. 4.1.2

Dr. med. H. _____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. Dezember 2015 ein Asthma respektive eine Lungenkrankheit, verursacht durch exogene Substanzen (ICD-10 Y 60 bis Y 70), einen Diabetes mellitus (ICD-10 E 1141, E 1175), eine Hypertonie (ICD-10 I 15.20, E 25.19), eine chronische Sinusitis (ICD-10 Y 32.1, Y 32.0, Y 45.0), Krankheiten des Urogenitalsystems (ICD-10 N 42.3, N 31.9) sowie eine Polyarthrit (ICD-10 M 06.99, M 17.9). In seiner Beurteilung kam er zum Schluss, dass hinsichtlich der bisherigen Tätigkeit als technischer Mitarbeiter eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von maximal 30 bis 50 % auszugehen (act. 117, S. 1 - 3).

E. 4.1.3

In ihrer Stellungnahme vom 5. April 2016 führten die RAD-Ärzte Dres. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, und K. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH sowie medizinischer Experte SIM, aus, in einer Verweistätigkeit erscheine die Arbeitsfähigkeit unverändert, da grundlegende neue medizinische Massnahmen nicht erkennbar seien. Die Genese der anstrengungsbedingten Atemnot sei nicht eindeutig geklärt, und die Untersuchung und Beurteilung des pulmonalen und kardialen Befundes stehe noch aus (act. 129, S. 3 - 5).

E. 4.1.4

Mit Schlussbericht vom 21. November 2016 hielt Dr. med. I. _____ als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anstrengungsbedingte Atemnot bei respiratorischer Insuffizienz COPD (ICD-10 J 44.99), eine koronare Herzerkrankung (ischämische Herzkrankheit; ICD-10 I 25.9) sowie einen (insulinabhängigen) Diabetes mellitus (ICD-10 E 11.90) fest. Hinsichtlich einer angepassten Verweistätigkeit, in sitzender Arbeitsposition, unter Vermeidung schwerer Arbeiten sowie von Lärm, Staub, Schlechtwetter, Gerüchen, Feuchtigkeit, Kälte, Hitze etc., ohne kniende Tätigkeiten und ohne übermässige Anstrengungen, ohne Tragen, ohne Klettern/Besteigen von Gerüsten sowie unter Vermeidung von staubbelasteten Arbeiten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Diese Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei gestützt auf die aktuellen medizinischen Berichte als unverändert einzustufen (act. 137, S. 2 - 4).

E. 4.1.5

Dr. med. H. _____ führte sodann in seinem Bericht vom 19. Dezember 2016 aus, es bestünden eine schwere Polymorbidität mit koronarer Herzkrankheit (Einlage dreier Stents), ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus, ausgeprägte Knieschmerzen (aktuell Totalprothese vorgeschlagen, falls medizinisch möglich), rezidivierende Infektionen, ein chronisches lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom, eine aktuelle Diskushernienproblematik L 4/5, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) wie auch eine asthmoide Bronchitis mit deutlicher Einschränkung der Lungenfunktion. Zusammenfassend bestehe aufgrund der vorgelegten Befunde eine ausgeprägte Polymorbidität bei schweren Krankheiten und schweren Folgeschäden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehe sicherlich eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Selbst unter der Annahme einer deutlichen Verbesserung der körperlichen Befunde würde eine maximale Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit nicht mehr als 30 % betragen (act. 140, S. 4 - 7).

E. 4.1.6

Dr. med. I. _____ kam in seiner Stellungnahme vom 15. Februar 2017 zum Schluss, dass die aktuell dokumentierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % durch die kardiale Situation - mit ursächlich noch ungeklärter Genese - nachvollziehbar begründet sei. Die Rückstellung der Totalsanierung des rechten Kniegelenkes und der zwischenzeitlichen Sepsis (Blutvergiftung; Pschyrembel, a.a.O., S. 1920) wegen Pyelonephritis (bakterielle Infektion der oberen Harnwege mit Entzündung des Niereninterstitiums; Pschyrembel, a.a.O., S. 1746) bei Diskusprolaps L 4/L 5 mit radikulärer Symptomatik bedürfe einer Verlaufsbeurteilung (act. 144, S. 2 - 4).

E. 4.1.7

Mit Bericht vom 4. Juli 2017 führte Dr. med. H. _____ insbesondere aus, der Beschwerdeführer sei aus seiner Sicht aufgrund der Polymorbidität nicht arbeitsfähig (act. 149, S. 2 - 5).

E. 4.1.8

In seinem Schlussbericht vom 13. Juli 2017 hielt Dr. med. I. _____ als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anstrengungsbedingte Atemnot bei respiratorischer Insuffizienz (ICD-10 J 44.99), eine koronare Herzerkrankung (ICD-10 I 25.9) sowie einen Diabetes mellitus (E 11.90) und einen Kreuzbandschaden fest. Kardiologisch-echokardiografisch zeigten sich eine leichte Hypertrophie des Herzens bei

anhaltendem Bluthochdruck (kein dilatierter Herzmuskel), mit einer systolischen Ejektionsfraktion von 65 % (EF > 55 % Normalfunktion) sowie eine bestehende Ateriosklerose. Pulmologisch werde mit dem Grad Gold 2 (FEV 1: 77 %) ein niedriger Schweregrad bei stärkerer Symptomatik der Atemflussbehinderung objektiviert. Aus orthopädischer Sicht bestehe unverändert in sitzender Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit. Aus den Laborbefunden lasse sich eine prognostisch ungünstige Entwicklung vorhersagen. Gestützt auf eine Aktenbeurteilung kam er zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt sei (act. 152, S. 2 - 4).

E. 4.2

Vorliegend ist zu Recht unbestritten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der rentenabweisenden Verfügung vom 1. Mai 2013 verschlechtert hat. Insbesondere geht aus dem Vergleich des RAD-Schlussberichtes vom 29. Januar 2013 einerseits mit den Berichten von Dr. med. H._____ vom 19. Dezember 2016 (act. 140, S. 4 f.) und vom 4. Juli 2017 (act. 149, S. 2 - 5) sowie dem RAD-Bericht vom 13. Juli 2017 (act. 152, S. 2 - 4) andererseits hervor, dass neu eine koronare Herzerkrankung (ICD-10 I 25.9), ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, verbunden mit einer aktuellen Diskushernienproblematik, sowie einer Verschlimmerung der Kniebeschwerden (aktuell Totalprothese vorgeschlagen, falls medizinisch möglich) mit rezidivierenden Infektionen bestehen und zu beurteilen sind.

E. 4.3

Die angefochtenen Verfügungen vom 28. Juli 2017 stützen sich auf die Stellungnahme von Dr. med. I._____, medizinischer Dienst der IVSTA, vom 13. Juli 2017. Dieser kam zum Schluss, dass aus den vorgelegten ärztlichen Berichten keine Befundänderung abgeleitet werden und in Übereinstimmung mit dem RAD-Bericht vom 21. November 2016 von einer uneingeschränkten Leistungsfähigkeit ausgegangen werden könne (act. 152, S. 4 und 137, S. 3 f.).

E. 4.3.1

Aufgabe des medizinischen Dienstes der IVSTA (wie auch des RAD) ist es, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3).

E. 4.3.2

Auf die versicherungsinternen Berichte des medizinischen Dienstes der Vorinstanz kann vorliegend schon deshalb nicht abgestellt werden, weil darin die bestehenden Widersprüche zur Leistungsbeurteilung des behandelnden Arztes Dr. med. H._____ in den Berichten vom 19. Dezember 2016 und vom 4. Juli 2017 nicht aufgelöst werden. Insbesondere vermögen die RAD-Ärzte nicht plausibel zu erklären, aus welchen Gründen von der hausärztlich attestierten 100%igen Leistungseinschränkung für die angestammte und eine angepasste Tätigkeit (act. 140, S. 5 und act. 149, S. 5) abgewichen werden soll. Damit bestehen ernsthafte Zweifel an der versicherungsinternen Leistungsbeurteilung. Darüber hinaus legen die RAD-Ärzte und die Vorinstanz nicht nachvollziehbar dar, weshalb trotz neu aufgetretener Herz- und Wirbelsäulenleiden sowie deutlicher Verschlimmerung der Lungen- und Kniebeschwerden aus den ärztlichen Berichten angeblich "keine

Befundänderung abgeleitet werden" könne (vgl. act. 152, S. 4). Die diesbezügliche Rüge des Beschwerdeführers (BVGer act. 4, S. 7) erweist sich als begründet.

E. 4.3.3

Zudem gilt es zu beachten, dass die RAD-Ärzte Dres. med. I. _____ und K. _____ als Fachärzte für Allgemeine Medizin nicht über die für die zuverlässige Beurteilung der Herz- und Lungenkrankheit sowie des Knie- und Wirbelsäulenleidens erforderliche Facharztausbildung verfügen. Für die richterliche Würdigung einer Expertise spielt die hinreichende fachliche Qualifikation eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin rechtsprechungsgemäss ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des BGer I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3).

E. 4.3.4

Überdies findet sich in den erwähnten versicherungsinternen Beurteilungen auch keine Auseinandersetzung mit ärztlichen Berichten, welchen von dieser Beurteilung mitunter erheblich abweichen. Die (hier vollkommen fehlende) Auseinandersetzung mit Berichten und Expertisen, welche von den der Verfügung zugrunde gelegten versicherungsinternen Stellungnahmen abweichen, ist deshalb notwendig, weil das Gericht ansonsten bei divergierenden Arztberichten häufig nicht in der Lage ist, das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt, wie dies die Rechtsprechung verlangt (vgl. 9C_986/2009 E. 4.5.2; BGE 125 V 352 E. 3a S. 352).

E. 4.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen lässt. Es fehlt somit sowohl für die Beurteilung des Begehrens um berufliche Massnahmen (Umschulung/Arbeitsvermittlung) als auch für die Prüfung des Rentenbegehrens an einer verlässlichen medizinischen Entscheidungsgrundlage. Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage erfolgen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Angesichts der multiplen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, eine polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz anzuordnen (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3).

E. 4.5

Da die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht nachgekommen ist und der rechtserhebliche Sachverhalt unvollständig festgestellt wurde, ist die angefochtene Verfügung aufzuheben. Die Sache ist demnach - in Übereinstimmung mit dem Antrag der IVSTA und der Zustimmung des Beschwerdeführers - an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie in Zusammenarbeit mit dem RAD ein polydisziplinäres Gutachten in der Schweiz im Sinne von Art. 72bis IVV (nach dem Zufallsprinzip) einhole und anschliessend erneut über das Leistungsbegehren entscheide. Hat die Verwaltung wie vorliegend wesentliche Fragen überhaupt nicht abgeklärt, steht die

Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 einer Rückweisung nicht entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; Urteil des BGer 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.2). Für die gebotene polydisziplinäre Begutachtung sind dabei in jedem Fall Fachärzte aus den Bereichen Innere Medizin bzw. Endokrinologie/Diabetologie (Diabetes mellitus, chronische Miktionsbeschwerden), Kardiologie (koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz), Pneumologie (asthmoide Bronchitis mit respiratorischer Insuffizienz COPD Stadium GOLD 2) und Orthopädie/Rheumatologie (Kreuzbandschaden, Gonarthrose, chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Diskushernie, rheumatoide Arthritis) beizuziehen. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1). Mit der interdisziplinären Begutachtung kann auch sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Im Hinblick auf die Vollständigkeit der Aktenlage und die Mitberücksichtigung (allfällig) bereits abgeschlossener Invaliditätsfestlegungen (vgl. dazu BGE 133 V 549 E. 6; Urteil des BGer 8C_441 vom 3. März 2014 E. 6.2) hat die Vorinstanz für ihre Neubeurteilung überdies sämtliche SUVA-Akten beizuziehen und zu prüfen.

E. 4.6

Im Anschluss an die umfassende und vollständige Abklärung des medizinischen Sachverhaltes wird die Vorinstanz in einem ersten Schritt vorab über das Gesuch um berufliche Massnahmen zu befinden haben, bevor in einem zweiten Schritt gegebenenfalls über das Rentengesuch zu entscheiden ist. In Bezug auf das Valideneinkommen ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung unter Verweis auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 17. Januar 2018 eine Korrektur anerkannt hat; mithin ist nicht auf das vom Beschwerdeführer als Hilfsarbeiter Hauswartdienst, sondern auf das in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter erzielte Einkommen abzustellen (vgl. dazu Beilage zu BVGer act. 12)

E. 4.7

Die Beschwerden sind demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtenen Verfügungen vom 28. Juli 2017 (betreffend berufliche Massnahmen und Rente) aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen und zur Neubeurteilung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

E. 5

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (vgl. BGE 132 V 215 E. 6, Urteil BGer 9C_868/2013 vom 24. März 2014 E. 6).

E. 5.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Der unterliegenden Vorinstanz werden jedoch keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind die geleisteten Verfahrenskostenvorschüsse von je Fr.

500.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten.

E. 5.2

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteienschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine Parteienschädigung von pauschal CHF 2'000.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer, vgl. Urteil BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3 mit Hinweisen) angemessen (vgl. Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE).

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