

BVGer C-5443/2018 vom 16. Juli 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-07-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5443_2018

FR: TAF C-5443/2018 du 16 juillet 2020

IT: TAF C-5443/2018 del 16 luglio 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 24. September 2018 ist - nachdem dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist (vgl. Sachverhalt, Bst. P hievor) - einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Dementsprechend ist vorliegend grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 27. August 2018) eingetretenen Sachverhalt abzustellen. Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Gleiches gilt auch für neue Beweismittel (André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204). Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich (vgl. zu den Ausnahmen nachfolgende E. 6.1) nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 3

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in (...)/DE. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen an den Verordnungen Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 zu beachten (s. AS 2015 343, AS 2015 345, AS 2015 353). Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des FZA ausschliesslich aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des 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 BVGer C-2816/2014 vom 12. Februar 2016 E. 2.1 und C-5263/2014 vom 6. Juli 2016 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3.2

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein, fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat in den Jahren 2011 bis 2016 während insgesamt 36 Monaten Beiträge an die schweizerische Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung (AHV/IV) ausgerichtet (act. 37, S. 1). Dementsprechend ist die Voraussetzung der gesetzlichen Mindestbeitragsdauer vorliegend erfüllt.

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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, 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

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 3.5.1

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 3.5.2

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, so dass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG).

E. 3.5.3

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um

die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 3.5.4

Geht es um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 - 3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 3.6

Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309; 137 V 210 E. ; vgl. dazu auch Jörg Jeger, Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, in: Jusletter vom 13. Juli 2015, Rz. 30 ff.; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter vom 29. Juni 2015, Rz. 32 ff.; vgl. zur Ausweitung des strukturierten Beweisverfahrens auf die psychischen Erkrankungen BGE 143 V 409; 143 V 418; Thomas Gächter/Michael E.

Meier, Praxisänderung zu Depressionen und anderen psychischen Leiden, in: Jusletter 15. Januar 2018). 6). Allerdings ist dem Umstand, dass ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten eine massgebende Entscheidungsgrundlage bildet, unter Umständen bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen. In dieser speziellen Übergangssituation lässt sich die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen vergleichen (dazu BGE 135 V 465 E. 4). In solchen Fällen genügen schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (verwaltungsexternen) ärztlichen Feststellungen, um eine (neue) Begutachtung anzuordnen (BGE 139 V 99 E. 2.3.2; SVR 2015 IV Nr. 26 [8C_616/2014] E. 5.3.1).

E. 4

Bezogen auf den relevanten Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. August 2018 lagen der Vorinstanz im Wesentlichen die folgenden Akten vor:

E. 4.1

Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt im Herz- und Kreislaufzentrum H._____ vom 28. bis 30. August 2013 hielten die verantwortlichen Ärzte mit Bericht vom 4. September 2013 als Diagnosen eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (beidseits) mit arteriosklerotischen Veränderungen der distalen Aorta abdominalis einschliesslich einer Bifurkation mit konzentrischer, mittel- bis höhergradiger Stenose, hochgradiger Abgangsstenose der linken Beinarterie sowie im abgangsnahen Bereich rechts (Magnetresonanztomografie [MRT] Becken-Beine 13.08.2013) wie auch eine koronare 3-Gefässerkrankung mit Myocardrevaskularisations-Operation (06/2012) fest. Ferner führten sie aus, dass derzeit keine Hinweise für eine Progredienz der koronaren Herzerkrankung, bei guter linksventrikulärer Funktion (EF > 60 %) bestehe. Überdies diagnostizierten sie eine Hyperlipidämie (Vermehrung des Fettgehalts im Blutplasma, < <https://www.psyhyrembel.de/Hyperlipidämie//list> >, abgerufen am 06.04. 2020), eine chronische obstruktive Atemwegserkrankung (COPD), eine akute Bronchitis, einen Nikotinabusus sowie eine Adipositas (act. 7, S. 1 - 3). Am 7. Januar 2014 unterzog sich der Versicherte einer percutanen arteriellen Angioplastie (Interventionelles Verfahren zur Beseitigung kurz- und mittelstreckiger Gefässstenosen und -verschlüsse, < <https://www.psyhyrembel.de/Angioplastie/K02DM> >, abgerufen am 06.04.2020) der Arteria iliaca communis rechts mit Stentimplantation sowie einer Dilatation der Arteria iliaca communis. Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos (act. 8).

E. 4.2

Im Rahmen einer sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme hielt Dr. med. I._____ mit Bericht vom 14. April 2016 (zuhanden der Bundesagentur für Arbeit) als Diagnosen eine periphere arterielle Verschlusskrankheit vom Beckentyp beidseits (ICD-10 I73.9), einen Zustand nach ACB-Operation bei koronarer 3-Gefässerkrankung (ICD-10 Z95.1), einen Zustand nach LWS-Bandscheibenoperation (1993 und 1995; ICD-10 M51.2) sowie eine COPD (nach ICD-10 J44.99) fest. In Ihrer Beurteilung kam sie zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der von ihr erhobenen Befunde von einem deutlich eingeschränkten Leistungsvermögen auszugehen sei. Er könne nur noch leichte körperliche Tätigkeiten verrichten. Tätigkeiten unter Zeitdruck, Hitzearbeitsbedingungen und Arbeiten unter Nachtschicht seien nicht möglich; auch müssten Belastungsspitzen vermieden werden. Im Weiteren könne er keine Tätigkeiten

ausüben, welche ständig oder überwiegend gehend ausgeführt werden müssten. Ständig sitzende oder überwiegend stehende Tätigkeiten seien dagegen möglich. Es könnten keine Tätigkeiten mit Steigen auf Treppen, Leitern und Gerüsten ausgeführt werden. Eine Weiterbeschäftigung als Elektroinstallateur sei aller Voraussicht nach nicht mehr möglich (act. 9, S. 1 - 5).

E. 4.3

Am 10. Februar 2017 unterzog sich der Beschwerdeführer einer Angiografie der Becken- und Beinarterien beidseits. Als Befunde hielt der operierende Arzt Dr. med. J. _____ atheromatöse Wandveränderungen der infrarenalen Bauchaorta mit Einbeziehung des rechten Nierenarterienabgangs und Formveränderung der Artenbifurkation mit Iliaca-communis-Abgangsenge links und Verdacht auf aneurysmatische Formveränderung der proximalen linken Iliaca communis fest. Als Nebenbefunde führte er zudem erhebliche degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule auf Höhe L5/S1 mit Höhenminderung des Bandscheibenraums und Sklerosierungsvermehrung der angrenzenden Wirbelkörperabschlussplatten im Rahmen einer massiven Osteochondrose an (act. 10, S. 3 f.).

E. 4.4

Als verantwortliche Stationsärztin der Rhönblick-Klinik Bad Soden-Salmünster hielt Dr. med. K. _____ in einem (undatierten) Kurzbericht als Diagnosen eine arterielle Verschlusskrankheit vom Becken- und Oberschenkeltyp (ICD-10 I70.29), sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen (ICD-10 Z98.8), Kreuzschmerzen (nach ICD-10 M54.5), eine COPD (ICD-10 J44.99) sowie eine gemischte Hyperlipidämie (ICD-10 E78.2) fest (act. 26).

E. 4.5

Im Anschluss an einen stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Rhönblick-Klinik vom 15. November bis 6. Dezember 2017 hielten Dres. med. L. _____, Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie, Sozialmedizin, Notfallmedizin und Rehabilitationswesen, M. _____, Facharzt für Orthopädie und Chirotherapie, sowie K. _____, Stationsärztin, in ihrem zuhanden der Deutschen Rentenversicherung erstatteten Bericht vom 12. Dezember 2017 als Rehabilitationsdiagnosen eine periphere arterielle Verschlusskrankheit beidseits mit arteriosklerotischen Veränderungen der distalen Aorta abdominalis, Kissing-Stentgrafts vom 3. August 2017, einen Zustand nach Arthroskopie des linken Kniegelenks (partielle Synovektomie vom 24.04.2017, bei veralteter Teilruptur des vorderen Kreuzbandes links und lokaler Synovialitis), ein LWS-Syndrom bei Zustand nach Bandscheibenvorfall (Operationen 2x 1991 und 1993), den Verdacht auf eine Stenose des Spinalkanals im LWS-Bereich mit Claudicatio spinalis, den Verdacht auf eine Coxarthrose rechts mehr als links, eine COPD, ein normal weiter konzentrisch hypertrophierter LV (Linker Ventrikel) mit regelrechter Kontraktilität (EF ca. 81 %), eine minimale Trikuspidalklappeninsuffizienz mit RV (rechtem Ventrikel) systolisch von ca. 24 mmHg, morphologisch keine Rechtsherzbelastungszeichen, intermittierend absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern postoperativ 2013, aktuell Sinusrhythmus, eine koronare 3-Gefässerkrankung sowie einen Zustand nach Myokardinfarkt und Myokardrevaskularisation (06/2012) fest. Es bestünden ferner keine Anhaltspunkte für eine Progredienz der koronaren Herzkrankheit (08/2013). Der Beschwerdeführer wirke sodann depressiv. Nach Abschluss der Rehabilitation kamen die verantwortlichen Ärzte zum

Schluss, dass aufgrund der ergometrisch erhobenen Daten eine Dauerbelastbarkeit von 63 Watt bestehe. Demnach sei die zumutbare körperliche Arbeit derzeit als leicht einzustufen mit folgenden Einschränkungen: Keine Arbeiten unter Zeitdruck wie Akkord- oder Fließbandarbeit, kein dauerhaftes Heben und Tragen schwerer Lasten ohne technische Hilfsmittel, kein häufiges Bücken, Hocken oder Knien, keine anhaltenden Zwangshaltungen, keine häufig wechselnden Arbeitszeiten sowie Nachtschichten, keine vermehrte Exposition gegenüber inhalativen Belastungen oder Allergenen, keine vermehrte Exposition gegenüber Nässe, Kälte oder Zugluft und keine vermehrte Exposition gegenüber extrem schwankenden Temperaturen. Aufgrund der vorliegenden Befunde und der Schilderung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Elektroinstallateur könne der Beschwerdeführer diese nicht mehr ausüben. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei er indes für leichte Tätigkeiten einsetzbar, zeitweise im Gehen, zeitweise im Stehen und überwiegend im Sitzen. Von Seiten der Arbeitsorganisation sei dem Beschwerdeführer Tages- sowie Früh-/Spätschicht zuzumuten. Die im Rahmen der stationären Rehabilitation erfolgten Behandlungsmassnahmen hätten nur zu einer geringgradigen Verbesserung des orthopädischen Beschwerdebildes geführt. Es bestünden weiterhin erhebliche Schmerzen im Bereich der LWS mit Ausstrahlung in beide Beine sowie Sensibilitätsstörungen in den Beinen. Ferner attestierten sie ihm bei der Klinikentlassung eine weiterhin bestehende Arbeitsunfähigkeit. Schliesslich führten sie aus, der Beschwerdeführer sei ohne aktuelle bildgebende Aufnahmen der Wirbelsäule zur Rehabilitationsmassnahme erschienen. Um den Schweregrad der Behinderung beurteilen zu können, sei eine ausführliche Diagnostik der Wirbelsäule und Hüftgelenke erforderlich. Nach den Vorgaben des Orthopäden sei die weiterhin bestehende radikuläre Symptomatik mittels erneuter MRT der LWS und Röntgen beider Hüftgelenke (ambulant) abklären zu lassen und alsdann gegebenenfalls eine sozial-medizinische Beurteilung der zukünftigen Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Als weiterführende Massnahmen indiziert seien eine Fortführung der in der Reha-Klinik erlernten krankengymnastische Übungen, ein erneutes MRT der Lendenwirbelsäule sowie ein Röntgen beider Hüftgelenke (ambulant), bei Verdacht auf Stenose des Spinalkanals im LWS-Bereich sowie Verdacht auf Coxarthrose rechts mehr als links, eine weitere orthopädische Betreuung, weitere pulmologische, kardiologische und gefässchirurgische Verlaufskontrollen, eine Nikotinkarenz, die prophylaktische Impfung gegen Influenza und Pneumokokken, regelmässige Blutdruck- und Frequenzkontrollen, die Kontrolle von CRP (C-reaktives Protein), CK (Creatinkinase) und Lipidspiegel, die Fortführung der lipidmodifizierten Reduktionskost und Gewichtsreduktion sowie bei Bedarf eine ambulante Psychotherapie (act. 48, S. 1 - 21).

E. 4.6

RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 2. März 2018 im Wesentlichen fest, dass beim Beschwerdeführer eine generalisierte Arteriosklerose mit/bei koronarer 3-Gefässerkrankung und peripherer arterieller Verschlusskrankheit sowie eine LWS-Problematik zu diagnostizieren seien. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Adipositas, eine COPD sowie ein Status nach Arthroskopie des linken Knies (24. April 2017) mit Entfernung eines Tumors zu diagnostizieren. Gestützt auf eine Würdigung der vorliegenden Akten kam die RAD-Ärztin zum Schluss, dass aufgrund der vorliegenden Informationen körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, ohne extreme Kälteexposition oder Stress, weiterhin voll zumutbar seien. Anscheinend bestehe auch noch ein Zustand nach Operationen der lumbalen Bandscheiben (1991 und 1995). Bezüglich der Wirbelsäulenproblematik lägen allerdings keine klinischen Informationen

vor. Da der Beschwerdeführer später noch in angestammter Tätigkeit voll beschäftigt gewesen sei, könne nicht davon ausgegangen werden, dass relevante Funktionseinschränkungen für die angestammte Tätigkeit verblieben seien. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei nicht möglich, da konkrete Informationen zu dieser Tätigkeit fehlten (act. 39).

E. 4.7

Gestützt auf eine Aktenbeurteilung kam RAD-Ärztin Dr. med. C._____ in ihrer Stellungnahme vom 27. April 2018 zum Schluss, dass das im Arbeitgeberfragebogen angeführte Datum der Arbeitsaufgabe per 21. August 2015 nicht medizinisch nachvollzogen werden könne, zumal die Arbeitgeberin als letzten Arbeitstag den 31. Januar 2016 angeführt habe. Aus der Distorsion des linken Knies vom 22. März 2016 habe keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf resultiert. Seit Jahren bestehe eine generalisierte Arteriosklerose mit einer koronaren Herzkrankheit (bei Status nach einem Herzinfarkt mit Bypass-Operation im Juni 2012), und die Herzfunktion sei noch im November 2017 völlig normal gewesen, so dass kein längerfristiger Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. Ferner liege eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK, 08/2013) vor, wobei der Beschwerdeführer im Anschluss an eine Operation vom 7. Januar 2014 aufgrund weitgehend normalisierter Durchblutungsverhältnisse seine angestammte Arbeit wieder aufnehmen können. Ferner bestehe offensichtlich auch eine gewisse Rückenproblematik. Aus dem Bericht eines MRI vom 9. Februar 2018 gehe vor, dass postoperative und degenerative Veränderungen sowie eine foraminale Enge L5/S1 bestünden, wobei allerdings klinische Angaben fehlten. In der Zusammenschau all dieser Pathologien sei es nachvollziehbar, dass beim Beschwerdeführer keine Arbeitsfähigkeit mehr als Elektromonteur bestehe. Ab wann keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, sei schwierig zu sagen. Aufgrund der vorliegenden Informationen müsse man den Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf das Datum der Rehabilitation (15. November 2017) legen. Für eine angepasste Tätigkeit habe allerdings nie eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit bestanden (act. 67, S. 1 - 8).

E. 5.1

Die Vorinstanz stütze sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die Beurteilungen von Dr. med. C._____ vom 2. März 2018 (act. 39) und vom 27. April 2018 (act. 67), ohne ein Administrativgutachten einzuholen.

E. 5.2

Wie nachfolgend darzulegen ist, sind die von der Rechtsprechung an eine beweiskräftige versicherungsinterne Beurteilungsgrundlage (E. 3.5.3 hievor) vorliegend nicht erfüllt.

E. 5.2.1

Vorab fällt auf, dass sich RAD-Ärztin Dr. med. C._____ hinsichtlich der chronischen Lumbago-Beschwerden im Wesentlichen auf die (blosse) Feststellung beschränkt hat, es bestehe offensichtlich auch «eine gewisse Rückenproblematik». Anscheinend sei der Beschwerdeführer im Jahr 1991 wegen einer Diskushernie L3/4 und im gleichen Jahr nochmals wegen einer Diskushernie L4/5 sowie erneut im Jahr 1993 wegen einer Diskushernie L5/S1 operiert worden, wobei keine konkreten Informationen vorlägen. Im Rahmen einer Angiografie vom 10. Februar 2017 seien erhebliche degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule nebenbefundlich festgehalten worden. «Erstmals erwähnt» worden seien die Rückenbeschwerden anlässlich der Reha im

November 2017. Danach bestünden Schmerzen lumbal mit Ausstrahlung in beide Beine bis zum Knie sowie Taubheitsgefühle im linken Oberschenkel. Klinisch sei die Rückenmuskulatur verspannt, und es bestehe eine diskrete Fussheberparese links und ein positiver Lasègue bei 30o links. Ausserdem liege der Bericht eines MRI vom 9. Februar 2018 vor, welches degenerative Veränderungen und foraminale Engen L5 beidseits und S1 links zeige. Klinische Angaben fehlten jedoch (act. 39, S. 4; act. 67, S. 5). Trotz des Hinweises der RAD-Ärztin auf fehlende klinische Angaben zur Rückenproblematik und ungeachtet der mit Bericht vom 12. Dezember 2017 empfohlenen weiteren bildgebenden Abklärungen (MRT von LWS und Röntgen der Hüftgelenke) sowie der pulmologischen, kardiologischen und orthopädischen Verlaufskontrollen (act. 48, S. 19) hat die IVSTA von weiteren Untersuchungen abgesehen. Unbeantwortet geblieben ist auch die Frage, ob und gegebenenfalls inwiefern von weiteren medizinischen Behandlungen eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten sei (RAD-Schlussbericht vom 27. April 2018, act. 67, S. 14). Mit Blick auf die nur unvollständige Abklärung der Rückenproblematik kann vorliegend zweifelsohne nicht von lückenlosen Befunden und einem an sich bereits feststehenden medizinischen Sachverhalt gesprochen werden, zumal die zuständige RAD-Ärztin mehrfach festgestellt hat, dass für einen wesentlichen Teil der gestellten Diagnosen die klinischen Informationen fehlten. Im Gegenteil sind die offensichtlich noch fehlenden klinischen und bildgebenden Erhebungen noch im Rahmen einer umfassenden persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers nachzuholen.

E. 5.2.2

Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Nach der neuen Rechtsprechung haben sich die Gutachter an der Umschreibung der Diagnose in den medizinischen Klassifikationssystemen zu orientieren. Überdies haben sie dem diagnose-inhärenten Schweregrad vermehrt Rechnung zu tragen. Weil die Verwaltung und die Gerichte für diese Feststellungen nicht kompetent sind, müssen die Sachverständigen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender sie nachvollziehen können (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 und 2.2). Vorliegend fehlen in den genannten RAD-Stellungnahmen sowohl die Bezugnahme auf ein anerkanntes Klassifikationssystem als auch hinreichend konkrete Feststellungen zum diagnoseinhärenten Schweregrad (vgl. dazu (act. 39, S. 3; 67, S. 3).

E. 5.2.3

Ferner fällt auch auf, dass RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ als Ärztin für Allgemeine Medizin auch nicht über die für eine umfassende Abklärung des medizinischen Sachverhaltes erforderliche Spezialausbildung verfügt. Allein gestützt auf die bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorliegenden Akten hätten sich - insbesondere mit Blick auf die Notwendigkeit zur fundierten Abklärung der Diagnosen der LWS-Problematik und der COPD - eine orthopädische und pulmologische Begutachtung durch entsprechende Fachärzte aufgedrängt. Denn der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hängt u.a. davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachterperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ist ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson erforderlich (Urteile

des BGer 8C_309/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 4.3 und 9C_547/2010 vom 26. Januar 2010 vom 26. Januar 2011 E. 2.2).

E. 5.2.4

Nach dem Gesagten steht fest, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der medizinischen Beweismittel, wie sie der Vorinstanz im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. August 2018 vorlagen, nicht schlüssig beurteilen lassen.

E. 6

Zu prüfen ist in einem weiteren Schritt, ob die vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Berichte und Gutachten, insbesondere die im Auftrag des Sozialgerichts D. _____ eingeholten Gutachten von Dr. med. E. _____, Ärztin für Innere Medizin und Angiologie vom 20. März 2019, von Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädie, vom 29. Mai 2019 sowie von Dr. med. G. _____, Arzt für Chirurgie vom 18. November 2019 und die diesen Gutachten beigefügten Arztberichte (Beilagen zu BVGer act. 30) zu berücksichtigen sind und bejahendenfalls inwiefern sie eine rechtsgenügende Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit erlauben.

E. 6.1

Wie vorstehend (E. 2 hievor) dargelegt, hat das Sozialversicherungsgericht nach der Rechtsprechung grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen (hier: 27. August 2018). Auch sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2). BGer 8C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Die nachfolgend darzulegenden gutachterlichen Feststellungen knüpfen an einen medizinischen Sachverhalt an, der zur Hauptsache bereits im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlag. Insoweit steht einer Berücksichtigung dieser Erkenntnisse im vorliegenden Verfahren nichts entgegen. Soweit in den Gutachten und Arztberichten neue Sachverhalte erwähnt werden, sind sie insoweit zu berücksichtigen, als sie Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der Verfügung zulassen.

E. 6.2

Dr. med. E. _____ hielt in ihrem angiologischen Gutachten vom 20. März 2019 eine periphere arterielle Verschlusskrankheit im Stadium I mit Zustand nach endovaskulärer Versorgung eines Aortenaneurysmas (2008) und Zustand nach Stenting der Beckenarterien beidseits (2017), eine koronare 3-Gefässerkrankung mit Zustand nach Bypass-Operation (2012), eine chronisch rezidivierende Lumbago bei Zustand nach dreimaliger Bandscheibenoperation (zuletzt 1993), einen Nikotinabusus, eine arterielle Hypertonie (bislang nicht behandelt) sowie eine Adipositas I fest. In ihrer Leistungsbeurteilung führte sie aus, dass sowohl die periphere arterielle Verschlusskrankheit als auch die koronare Herzerkrankung durch die vorgenommenen revaskularisierenden Massnahmen gut kompensiert seien. Die Belastungsuntersuchung am Laufband schliesse eine relevante Minderdurchblutung der Beine unter Belastung aus. Somit komme diesem Leiden kein erwerbsmindernder Dauereinfluss zu. Auch von Seiten der koronaren Herzerkrankung sei es bislang nicht zu einer klinisch relevanten Einschränkung der Herzfunktion gekommen, so dass dieser Erkrankung wie auch der arteriellen Hypertonie allenfalls ein geringer

erwerbsmindernder Dauereinfluss zukomme. Die Adipositas und der Nikotinabusus hätten keinen erwerbsmindernden Dauereinfluss. Allerdings sei der Beschwerdeführer durch die sowohl belastungsinduzierten wie auch in Ruhe auftretenden Rückenschmerzen in seiner Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt, so dass diesem Leiden wohl ein erwerbsmindernder Dauereinfluss zukomme. Dies sei in einem orthopädischen Zusatzgutachten weiter abzuklären. Aufgrund der koronaren Herzerkrankung mit Zustand nach Bypass-Operation sowie der arteriellen Hypertonie sollte der Beschwerdeführer keine Schicht- oder Akkordarbeit durchführen; auch Arbeiten unter besonderem Zeitdruck sollten vermieden werden. Unter Berücksichtigung der genannten Erkrankungen auf internistisch-angiologischem Fachgebiet könne der Beschwerdeführer noch mindestens 6 Stunden pro Arbeitstag leichte Arbeiten verrichten (Beilage zu BVGer act. 30).

E. 6.3

Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädie, diagnostizierte in seinem zuhanden des Sozialgerichts D._____ erstellten orthopädischen Gutachten vom 29. Mai 2019 ein Postnukleotomiesyndrom mit chronifizierter Lumboischialgie links, bei Zustand nach dreimaligen Bandscheibenoperationen mit Spinalkanalstenose L5/S1, eine leichte Funktionsstörung des linken Kniegelenks bei vorderer Kreuzbandteilläsion mit geringer vorderer Kreuzbandinstabilität und Zustand nach Arthroskopie, eine leichte Funktionsstörung beider Hüftgelenke mit Verdacht auf beginnende Coxarthrose beidseits, ein degeneratives Halswirbelsäulensyndrom ohne neurologische Defizite, einen Verdacht auf ein Sulcus-ulnaris-Syndrom (Symptomenkomplex infolge Druckschädigung des Nervus ulnaris in der Knochenrinne am Epikondylus medialis humeri) links, eine koronare und periphere arterielle Verschlusskrankheit, bei Zustand nach Stent-Versorgung der Aorta und Becken-/Beinarterien beidseits sowie Bypass-Operation des Herzens, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung ohne Notwendigkeit medikamentöser Massnahmen, eine chronische Schmerzkrankheit mit somatischen und psychischen Faktoren sowie einen Nikotinabusus. Ferner führte der Gutachter aus, im Vordergrund der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Beschwerden stehe sein Rücken. Nach einem Arbeitsunfall am 31. Oktober 2018 sei er zwei Tage arbeitsunfähig gewesen, habe in der Folge aber wieder zwei Tage als Haustechniker in einer Bäckerei gearbeitet und sei seitdem arbeitsunfähig geschrieben worden. Es sei davon auszugehen, dass die derzeitige Arbeitsunfähigkeit auf degenerativer Basis beruhe und nicht Folge des Unfalles sei, denn bei einer Kernspintomografie vom 5. November 2018 seien Unfallfolgen ausgeschlossen worden. Es liege zweifelsfrei eine deutlich eingeschränkte Funktion der Lendenwirbelsäule vor. Der Beschwerdeführer beschreibe wechselnde Schmerzen im Rücken, welche überwiegend belastungsabhängig seien. Teilweise komme es aber auch bei normalen Alltagsbewegungen zu heftigen Schmerzverstärkungen. Rund dreimal (zuletzt im März 2019) habe er sich stationär-konservativen schmerztherapeutischen Massnahmen unterziehen müssen. Von Seiten des behandelnden Neurochirurgen sei ihm eine Versteifungsoperation angeraten worden. Beim letzten stationären schmerztherapeutischen Aufenthalt sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren festgestellt worden, allerdings wohl ohne höhergradige psychische Komponente. Keinen wesentlichen, weitergehenden Einfluss auf die Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben habe der Zustand nach Arthroskopie des linken Kniegelenks mit Nachweis einer vorderen Kreuzbandteilläsion, und die mitgebrachte Röntgenaufnahme vom April 2018 habe keine degenerativen Veränderungen des linken Kniegelenks gezeigt. Ferner würden gelegentliche Missempfindungen in den Fingern IV und V angegeben. Die typische

nächtliche Symptomatik spreche anamnestisch für ein Sulcus-ulnaris-Syndrom. Klinisch sei auch eine leichte Bewegungseinschränkung der HWS nach links festgestellt worden, allerdings ohne Auslösen einer Armsymptomatik. In den radiologischen Aufnahmen hätten sich deutliche degenerative Veränderungen der HWS gezeigt. Unter Berücksichtigung aller qualitativen Einschränkungen wie auch des klinischen und kernspintomographischen Befundes sei der Beschwerdeführer nach seiner Auffassung noch in der Lage, 6 Stunden und mehr arbeitstäglich unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes leichte Tätigkeiten zu verrichten. Bei einem überwiegend sitzenden Arbeitsplatz müsse die Möglichkeit eingeräumt werden, zwischendurch auch einmal aufzustehen und umherzugehen. Die Pausen seien dabei der persönlichen Verteilzeit zuzurechnen und stellten keine betriebsunüblichen Pausen dar. Der Beschwerdeführer sei derzeit arbeitsunfähig geschrieben. Das Arbeitsverhältnis als Hauselektriker in einer Bäckerei bestehe indessen weiterhin. Nach der Beschreibung des Beschwerdeführers fielen bei dieser Tätigkeit auch häufig ergonomisch ungünstige Arbeitspositionen an, welche ihm auf Dauer nicht mehr zugemutet werden könnten. Die koronare Herz- und die periphere arterielle Verschlusskrankheit seien derzeit kompensiert, so dass sich hierdurch keine weiteren Einschränkungen ergeben würden. Das vom Gutachter eingesetzte Leistungsvermögen des Beschwerdeführers bestehe seit der Antragstellung. Während seines stationären Aufenthaltes in der Stadtklinik Bad Wildungen im März 2019 sei eine chronische Schmerzkrankheit mit somatischen und psychischen Faktoren festgestellt wurden. Im vom Gutachter hervorgehobenen Austrittsbericht der Stadtklinik (...) vom 1. April 2019 wird sodann insbesondere auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach ICD-10 F45.41 diagnostiziert. Laut Dr. med. F. _____ dominiere in Übereinstimmung mit den ausführlichen psychologischen Feststellungen der verantwortlichen Klinikärzte bei der chronischen Schmerzkrankheit die körperliche vor der psychischen Seite. Eine weitergehende psychische Beeinträchtigung mit Auswirkung auf das Erwerbsleben könne der orthopädische Gutachter mit psychosomatischer Grundausbildung im Sinne eines möglichen Anfangsverdachts nicht feststellen (Beilagen zu BVGer act. 30).

E. 6.4

Auf Veranlassung des Sozialgerichts D. _____ erstattete Dr. med. G. _____, Arzt für Chirurgie, am 18. November 2019 ein chirurgisches Gutachten. Darin hielt er als Diagnose eine Funktions- und Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule mit Zeichen der segmentalen Instabilität nach vorangegangenen mehrfachen Bandscheibenoperationen mit Indikation zur stabilisierenden Operation fest. In seiner Beurteilung kam er zum Schluss, dass sowohl anamnestisch als auch im Rahmen seiner persönlichen Untersuchung Hinweise auf eine segmentale Instabilität im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule bestünden. Vor diesem Hintergrund sei dem Beschwerdeführer auch eine stabilisierende Operation empfohlen worden, zu welcher er sich allerdings bis dato nicht habe entschliessen können. In Übereinstimmung mit dem aktenkundigen Vorgutachten seien vordergründig nur noch sitzende Tätigkeiten möglich. Ausgehend von einer segmentalen Instabilität im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule, welche bisher in keinem Gutachten beschrieben worden sei, bereite allerdings auch längeres Sitzen Probleme. Während der Erhebung der Anamnese habe der Kläger mehrfach die Sitzposition gewechselt und darum gebeten, zwischendurch auch einmal aufstehen zu dürfen. Vor diesem Hintergrund sei die Leistungsbeurteilung im vorangegangenen Gutachten kritisch zu sehen. Aufgrund der segmentalen Instabilität im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule seien im vorliegenden Einzelfall noch leichte

körperliche Arbeiten im Umfang von nur 3 bis unter 6 Stunden zumutbar. Aufgrund der chronifizierten Problematik von Seiten der Lendenwirbelsäule seien Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen sowie Tätigkeiten in ungünstiger Körperhaltung nicht mehr zumutbar. Diskussionswürdig erschienen leichte körperliche Arbeiten überwiegend im Sitzen mit gelegentlichem Umhergehen. Das Lenken eines Motorfahrzeuges erscheine aus chirurgischer/orthopädischer Sicht zumutbar. Unter Berücksichtigung der dargelegten qualitativen und quantitativen Leistungseinschränkungen liessen sich zusätzliche betriebsübliche Pausen nicht begründen. Abgesehen von der Tatsache, dass vom behandelnden Neurochirurgen eine Versteifungsoperation angedacht worden sei, sei bisher eine segmentale Instabilität nicht beschrieben worden. Die von ihm vorgenommene Leistungsbeurteilung habe somit streng genommen ihre Gültigkeit ab Untersuchungstag. Die Abweichung von der bisher vorgenommenen Leistungsbeurteilung ergebe sich vordergründig durch die zusätzliche Berücksichtigung einer segmentalen Instabilität im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule (BVGer act. 30 samt Beilagen).

E. 6.5

In ihrer ergänzenden medizinischen Stellungnahme vom 6. Januar 2020 kam Rad-Ärztin Dr. med. C. _____ zum Schluss, das angiologische Gutachten bestätige, dass als Folge der Veränderungen der Gefässe derzeit keine Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit bestehe. Auch das ausführliche Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 29. Mai 2019 bestätige eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Einzig das Gutachten von Dr. med. G. _____ komme zu einer abweichenden Auffassung mit der Begründung, dass beim Beschwerdeführer eine Instabilität der Lendenwirbelsäule bestehe. Dieses Gutachten sei allerdings deutlich weniger detailliert als das Vorgutachten und lasse darüber hinaus für den hier relevanten Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung in keiner Weise eine andere Beurteilung zu (Beilage zu BVGer act. 33).

E. 6.6

Die von Seiten des Sozialgerichts D. _____ veranlassten Gutachten vermögen die vorstehend dargelegten Lücken bei der Feststellung des medizinischen Sachverhaltes aus folgenden Gründen nicht rechtsgenügend zu kompensieren.

E. 6.6.1

Aus orthopädischer und internistisch-angiologischer Sicht liegen mit den genannten Gutachten zwar neue, detailliertere Erkenntnisse vor. Allerdings sind diese deshalb nicht umfassend, weil einerseits die Frage nicht abschliessend geklärt worden ist, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang sich die Lungenkrankheit COPD auf die Leistungsfähigkeit auswirkt. Hinzu kommt andererseits, dass es auch unter Einbezug der nachgereichten Gutachten weiterhin an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbesprechung) mit einer nachvollziehbaren Begründung der Gesamt-Arbeitsunfähigkeit und Gesamt-Arbeitsfähigkeit (vgl. dazu auch Gabriela Riemer-Kafka, Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl. 2017, S. 60; vgl. dazu auch Anhang VIII des Kreisschreibens des BSV über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], gültig ab 1. Januar 2010, Stand 1. Januar 2018) fehlt. Zweck interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1). Auch wenn eine zusammenfassende Beurteilung auf der Grundlage einer

Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte oder unter Leitung eines fallführenden Arztes zur Zusammenführung und Darlegung der Ergebnisse aus den einzelnen Fachrichtungen rechtsprechungsgemäss grundsätzlich nicht zwingend ist (vgl. dazu BGE 143 V 124 E. 2.2.4), wäre es im konkreten Fall notwendig gewesen, gestützt auf die in den jeweiligen Fachbereichen festgehaltenen Einschränkungen eine Gesamtbewertung vorzunehmen.

E. 6.6.2

Entscheidend ins Gewicht fällt vorliegend überdies, dass die Schlussfolgerungen der Gerichtsgutachter mit Blick auf die massgebliche Leistungsbeurteilung in einer angepassten leichten Tätigkeit von Dr. med. F. _____ einerseits und Dr. med. G. _____ anderseits wesentlich voneinander abweichen, ohne dass die diesbezüglich bestehenden Widersprüche einer abschliessenden, nachvollziehbaren und verlässlichen Klärung zugeführt worden wären. Während Dr. med. F. _____ in seinem orthopädischen Gutachten dem Beschwerdeführer noch eine Leistungsfähigkeit von 6 Stunden und mehr pro Arbeitstag für leichte Tätigkeiten unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes attestiert (fachorthopädisches Gutachten vom 29. Mai 2019, S. 31), bescheinigt ihm Dr. med. G. _____ - insbesondere aufgrund einer segmentalen Instabilität im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule - lediglich noch eine Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten von 3 bis weniger als 6 Stunden pro Arbeitstag (chirurgisches Gutachten, S. 15). Dieser Widerspruch wird auch durch die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 6. Januar 2020 nicht geklärt. Insbesondere steht auch die Schlussfolgerung der RAD-Ärztin, wonach das ausführliche orthopädische Gutachten von Dr. med. F. _____ angeblich eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestiere (vgl. Beilage zu BVGer act. 33, S. 4) im Widerspruch zur Schlussfolgerung des genannten Gutachters, wonach der Beschwerdeführer (nur) noch in der Lage sei, 6 Stunden und mehr arbeitstäglich leichte Tätigkeiten zu verrichten (fachorthopädisches Gutachten, S. 31). Hinzu kommt, dass die Deutsche Rentenversicherung ein von der schweizerischen Invalidenversicherung wesentlich abweichendes Rentenabstufungssystem kennt. Gemäss § 43 Abs. 1 des SGB (Sozialgesetzbuch) VI gelten Versicherte als teilweise erwerbsgemindert, wenn sie wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit ausserstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Als voll erwerbsgemindert werden demgegenüber insbesondere Versicherte eingestuft, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit ausserstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 2 SGB). Mit Blick auf diese vom schweizerischen IV-Rentenabstufungssystem abweichende Regelung weisen die (an das deutsche Bemessungssystem anknüpfenden) Schlussfolgerungen der deutschen Gutachter jedenfalls im vorliegenden Fall nicht die für die schweizerische Rentenbemessung erforderliche, rechtsgenügende Präzision auf (vgl. zur feineren Rentenabstufung nach schweizerischem Recht: Art. 28 Abs. 2 IVG). Darüber hinaus fehlt es in den erwähnten Gutachten mehrheitlich auch an einer exakten Festlegung der Diagnosen nach Massgabe eines anerkannten medizinischen Klassifikationssystems (ICD-10, DSM-IV oder andere anerkannte Klassifikation; vgl. dazu BGE 130 V 396 E. 5.3.3 und 6; Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 2.2 und 9C_822/2014 vom 29. Oktober 2015 E. 4.2).

E. 6.6.3

Schliesslich gilt es zu beachten, dass die verantwortlichen Ärzte der Stadtklinik (...) mit Austrittsbericht vom 1. April 2019 insbesondere eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert haben (vgl. dazu Austrittsbericht der Stadtklinik Bad Wildungen vom 1. April 2019, S. 1; Beilage zu BVGer act. 30). Der Gutachter Dr. med. F._____ hat diese Diagnose bestätigt und überdies festgehalten, dass bei der chronischen Schmerzkrankheit die körperliche vor der psychischen Seite dominiere (fachorthopädisches Gutachten, S. 33). Mit Blick auf diese Diagnose sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die systematisierten Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens zu beachten. Denn nur diese erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 - 3.6 und 4.1; vgl. Urteil des BGer 9C_45/2017 vom 7. Februar 2018 E. 4.1). Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden und ist somit auch im vorliegenden Fall massgebend (vgl. Urteil des BGer 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

E. 6.7

Hinsichtlich der beim Beschwerdeführer ebenfalls diagnostizierten Adipositas (vgl. E. 4.6 und 6.2 hievore) ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass diese rechtsprechungsgemäss grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität begründet, wenn sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist (vgl. dazu Urteile des BGer 8C_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2 m.H.; 8C_372/2012 vom 13. Juni 2013 E. 2.2 m.H.)

E. 6.8

Damit steht auch unter Berücksichtigung der im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte fest, dass der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt worden ist. Dies gilt umso mehr, als sich die IVSTA vorliegend auf die versicherungsinternen Aktenbeurteilungen ihres RAD gestützt hat und in diesem Zusammenhang bereits bei nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind und hier keine abschliessende und verlässliche Schlussfolgerung möglich ist. Überdies erlauben auch die im Beschwerdeverfahren nachgereichten Gerichtsgutachten keine abschliessende Beurteilung nach Massgabe der systematisierten Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens. Es kann mithin vorliegend nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden, da von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten fachärztlichen Beurteilung neue verwertbare und entscheidungsrelevante Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. dazu auch Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Eine antizipierte Beweiswürdigung fällt demnach ausser Betracht. Insgesamt fehlt es nach dem Gesagten sowohl nach den bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. August 2018 vorliegenden als auch unter Berücksichtigung der im Beschwerdeverfahren eingereichten Gutachten und Arztberichten an einer der bundesgerichtlichen Rechtsprechung genügenden medizinischen Beurteilungsgrundlage.

E. 7.1

Zusammengefasst folgt aus dem Gesagten, dass die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen ist und sie den Sachverhalt unvollständig festgestellt hat. Die vorliegenden medizinischen Unterlagen bilden demnach keine verlässliche und schlüssige Grundlage zur Beurteilung von Art und Ausprägung der infrage stehenden Diagnosen. Zum einen wurden die im Bericht vom 12. Dezember 2017 empfohlenen weiteren bildgebenden Abklärungen (MRT von LWS und Röntgen der Hüftgelenke) sowie die pulmologischen, kardiologischen und orthopädischen Verlaufskontrollen (act. 48, S. 19) nicht veranlasst. Zum andern wurden insbesondere auch die Art und Ausprägung der diagnostizierten COPD und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht spezialärztlich abgeklärt. Überdies fehlt es an einer exakten Festlegung der Diagnosen nach Massgabe eines anerkannten medizinischen Klassifikationssystems. Mit Blick auf die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ist schliesslich zwingend eine Begutachtung nach den Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens durchzuführen. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben. Nachdem die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn die Vorinstanz - wie vorliegend - noch kein versicherungsexternes Gutachten eingeholt respektive den Leistungsanspruch noch nicht nach der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung geprüft hat und die massgeblichen Fragen im Zusammenhang mit erhöhten Anforderungen an die Diagnosestellung und dem strukturierten Beweisverfahren in Nachachtung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch ungeklärt sind (vgl. Urteil des BGer 9C_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteile des BVGer C-4329/2014 vom 11. Januar 2017 E. 10.2, C-5000/2014 vom 21. Oktober 2016 E. 7 und C-4265/2014 vom 21. Januar 2016 E. 7).

E. 7.2

Die Beurteilung des Leistungsanspruchs muss sich für alle Fachbereiche auf eine aktuelle Aktenlage stützen, weshalb die Vorinstanz nach Aktualisierung der medizinischen Akten bei bisher nicht mit der Beurteilung des Beschwerdeführers befassten medizinischen Fachpersonen in der Schweiz ein interdisziplinäres MEDAS-Gutachten einzuholen haben wird.

E. 7.3

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 ist eine polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz durchzuführen; dabei sind insbesondere für die Fachbereiche der Psychiatrie und Neurologie sämtliche Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens zu beachten (BGE 141 V 281; 143 V 418 E. 6 ff.). Aufgrund der zur Diskussion stehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen drängt sich ein interdisziplinäres Gutachten insbesondere unter Einbezug der Fachbereiche der Neurologie und Psychiatrie (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach ICD-10 F 45.41, Verdacht auf

Sulcus-ulnaris-Syndrom), der Orthopädie (Lumboischialgie, Funktionsstörung Kniegelenk und beider Hüftgelenke sowie HWS-Syndrom), der Angiologie und Kardiologie (koronare und periphere arterielle Verschlusskrankheit, bei Zustand nach Stentversorgung der Aorta und Becken-/Beinarterien beidseits sowie Bypass-Operation des Herzens) sowie der Pneumologie (COPD) auf. Ob daneben noch Spezialisten aus weiteren Fachgebieten beizuziehen sind, wird dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter überlassen.

E. 7.4

Ferner wird die Vorinstanz auch abzuklären haben, in welchem Umfang und wie lange der Beschwerdeführer während des hängigen IV-Verfahrens noch erwerbstätig gewesen ist, zumal aus den Akten hervorgeht, dass er offenbar noch während des laufenden Beschwerdeverfahrens in einer Bäckerei als Hauselektriker/-techniker angestellt gewesen ist (Gutachten Dr. med. F. _____ vom 29. Mai 2019, S. 12 und 32; Beilage zu BVGer act. 30).

E. 7.5

Im Rahmen der Administrativ-Begutachtung in der Schweiz ist die neue Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem zu ermitteln und sind dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 7.6

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 27. August 2018 aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen und zur Neubeurteilung im Sinne von Ziff. 7.1 - 7.5 der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

E. 8.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Die mit Zwischenverfügung vom 9. Januar 2020 gewährte unentgeltliche Rechtspflege kommt aufgrund ihres subsidiären Charakters nicht zur Anwendung. Da der Vorinstanz gestützt auf Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen sind, werden keine Verfahrenskosten erhoben.

E. 8.2

Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der (subsidiäre) Anspruch auf unentgeltliche Verbeiständung greift mithin nicht. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes wird die Parteientschädigung (inkl. Auslagenersatz, exkl. MWSt; vgl. dazu Urteile des BVGer C-3800/2012 vom 27. Mai 2014; C-6248/2011 vom 25. Juli 2012 E. 12.2.5 mit weiteren Hinweisen) auf Fr. 2'800.- festgelegt (Art. 10 VGKE).

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