

# **BVGer C-6068/2020 vom 27. Oktober 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-10-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6068\\_2020\\_d20201027](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6068_2020_d20201027)

FR: TAF C-6068/2020 du 27 octobre 2020

IT: TAF C-6068/2020 del 27 ottobre 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Neuanschuldung, Rentenanspruch (Verfügungen vom 27. Oktober 2020, pendente lite ersetzt durch Verfügungen vom 20. April 2021)

## **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]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d bis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem mit Zwischenverfügung vom 16. März 2021 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gutgeheissen wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2.1**

Hinsichtlich des Anfechtungsobjekts ist vorab festzuhalten, dass die Vorinstanz den Entscheid über die rückwirkend abgestufte Rentenzusprache in zwei Verfügungen vom 27. Oktober 2020 aufgeteilt hat. Der Umstand, dass die Vorinstanz die rückwirkend abgestufte Rente in zwei separaten Verfügungen gleichen Datums eröffnet hat, ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant. Für die gerichtliche Überprüfbarkeit macht es keinen Unterschied, ob die Vorinstanz eine oder mehrere Verfügungen redigiert und eröffnet hat. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt materiell ein einziges Rechtsverhältnis vor, wenn eine Leistung rückwirkend zugesprochen, diese aber gleichzeitig befristet, herauf- oder herabgesetzt wird. Die Zusprechung und (rückwirkende) Revision der Rente sind somit Gegenstand ein und derselben Verfügung (vgl. BGE 131

C-6068/2020 Seite 8 V 164 E. 2.3-2.3.2 und 2.3.4). Rechtsprechungsgemäss bildet die Verfügung über eine abgestufte Invalidenrente insgesamt den Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (BGE 125 V 413 E. 2a-2d; 131 V 164 E. 2.2; Urteil des BGer 9C\_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.2). Folglich bildeten nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Verfügungen, mit der die Vorinstanz der Beschwerdeführerin eine ganze Rente vom 1. Februar 2015 bis 29. Februar 2016 und eine halbe Rente vom 1. April 2019 bis 31. August 2019 zugesprochen hat, das ursprüngliche Anfechtungsobjekt und damit die Begrenzung

des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Diese Verfügungen hat die Vorinstanz indessen pendente lite in Wiedererwägung gezogen und durch zwei Verfügungen vom 20. April 2021 ersetzt; letztere sind aufgrund des soeben Dargelegten ebenfalls als Teil ein und desselben Rechtsverhältnisses zu betrachten (im Folgenden: Verfügung vom 20. April 2021).

### **E. 2.2**

Der Versicherungsträger kann eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen die Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwogen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt (Art. 53 Abs. 3 ATSG; vgl. auch Art. 58 Abs. 1 VwVG). Die Beschwerdeinstanz setzt die Behandlung der Beschwerde indessen fort, soweit diese durch die neue Verfügung der Vorinstanz nicht gegenstandslos geworden ist (vgl. Art. 58 Abs. 3 VwVG; Urteil des Bundesgerichts I 115/06 vom 15. Juni 2007 E. 2). Sofern diese neue Verfügung die Begehren der beschwerdeführenden Person nur teilweise erfüllt, ist eine Abschreibung infolge Gegenstandslosigkeit unzulässig und die neue Verfügung gilt als mitangefochten im fortzusetzenden Verfahren (vgl. Urteil des BGR 8C\_329/2012 vom 21. September 2012 E. 4; vgl. auch ANDREA PFLEIDERER, in: Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], 2. Aufl., Zürich 2016, Art. 58 Rz. 46).

### **E. 2.3**

Mit der vorliegend pendente lite erlassenen Wiedererwägungsverfügung vom 20. April 2021, mit welcher dem Beschwerdeführer vom 1. August 2015 bis 31. März 2016 und vom 1. Dezember 2018 bis 31. August 2019 eine ganze Rente zugesprochen wurde, hat die Vorinstanz dem Begehren des Beschwerdeführers nur teilweise entsprochen, beantragt er doch auch für den Zeitraum vom 1. April 2016 bis 30. November 2018 die Ausrichtung einer ganzen Rente. Die Behandlung der Beschwerde ist deshalb mindestens in diesem Umfang fortzusetzen. Da überdies die gerichtliche Prüfung eines Rentenanspruchs gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht von vornherein auf einzelne Punkte beschränkt werden

C-6068/2020 Seite 9 kann, erscheint in Bezug auf die von den Parteien unbestritten gebliebenen Punkte (ganze Rente vom 1. Februar 2015 bis 31. März 2016 sowie vom 1. Dezember 2018 bis 31. August 2019) eine teilweise Abschreibung des Verfahrens infolge Gegenstandslosigkeit nicht als zulässig (vgl. TOBIAS BOLT, Zulässigkeit eines reinen Widerrufs pendente lite, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2019, Kieser/Lendfers [Hrsg.], Zürich/St. Gallen 2019, S. 237; vgl. zur Unteilbarkeit des Streitgegenstandes «Rentenan-spruch» BGE 131 V 164 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 413 E. 2d). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung könnte die Frage nach der Rechtmässigkeit der Abstufung/Befristung gar nicht sachgerecht beurteilt werden, wenn unbestritten gebliebene Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben, weil einer rückwirkend verfügten abgestuften und/oder befristeten Rente nach der Rechtsprechung Revisionsgründe unterlegt sein müssen. Denn die revisionsweise Heraufsetzung, Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente beruht, selbst wenn sie rückwirkend gleichzeitig mit der erstmaligen Rentenzusprechung vorgenommen wird, immer auf einem Vergleich der zeitlich massgeblichen Sachverhalte, d.h. den Entwicklungen in den tatsächlichen Verhältnissen in dem durch die Rentenzusprechungsverfügung oder den Rentenbeginn und die Revisionsverfügung

bestimmten Zeitraum (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d in fine mit Hinweisen). Meinungen in der Lehre, die die entsprechende bun- desgerichtliche Rechtsprechung zum Streitgegenstand «Rentenanspruch» im Sozialversicherungsrecht nicht berücksichtigen, erweisen sich insofern als unvollständig, weshalb sie für den vorliegend konkreten Fall nicht ein- schlägig sind (vgl. etwa AUGUST MÄCHLER, in: Kommentar betreffend Bun- desgesetz über das Verwaltungsverfahren, Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Zürich 2018, zu Art. 58 Rz. 22; ANDREA PFLEIDERER, a.a.O., Art. 58 Rz. 52).

#### **E. 2.4**

Aufgrund des soeben Ausgeführten sind entgegen der vom Beschwer- deführer vertretenen Ansicht (vgl. Stellungnahme vom 14. September 2022 [BVGer-act. 25]) die unbestritten gebliebenen Teilaspekte der angefochte- nen Wiedererwägungsverfügung nicht in Rechtskraft erwachsen (vgl. BGE 125 V 413 E. 2a-2d und E. 3b). Vielmehr ist die angefochtene Verfügung vom 20. April 2021 einer integralen Beurteilung zu unterziehen. Vorliegend ist daher in jedem Fall zu prüfen, ob die Vorinstanz den Sachverhalt insge- samt korrekt ermittelt und dem Beschwerdeführer zu Recht lediglich vom 1. Februar 2015 bis 31. März 2016 sowie vom 31. Dezember 2018 bis 31. August 2019 eine ganze Rente zugesprochen hat.

C-6068/2020 Seite 10

#### **E. 3.1**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: ursprünglich angefochtene Verfügung vom 27. Oktober 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Nor- malfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

#### **E. 3.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass- geblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts- folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 27. Oktober 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprü- che von Belang sind. Noch keine Anwendung finden vorliegend die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2017 2535).

#### **E. 3.3**

Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger und wohnt in Frankreich. Er hat während mehrerer Jahre in der Schweiz eine Erwerbs- tätigkeit ausgeübt. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemein- schaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss An- hang 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 (vgl. Art. 80a Abs. 1 IVG). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten an- wendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität

beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherer, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Denn nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für

C-6068/2020 Seite 11 den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität im Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist. Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung, vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.4**

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. 3.5**

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

### **E. 3.6**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

### **E. 4.1**

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

C-6068/2020 Seite 12 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).

#### **E. 4.2**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungs- massnahmen 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 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 Drei- viertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Zusätzlich kumulativ zu erfüllende Voraussetzung für einen Renten- anspruch 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 (davon mindestens ein Jahr AHV/IV-Beiträge in der Schweiz), was vorlie- gend unbestritten der Fall ist (Art. 6 VO [EG] Nr. 883/2004; BGE 131 V 390 E. 5 ff.; vgl. IK-Auszug vom 7. Juli 2020 [Dok. 260]).

#### **E. 4.3**

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Mona- ten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Alters- jahrs folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

#### **E. 4.4**

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invalidi- tätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur ge- prüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Tritt die Verwaltung – wie vorlie- gend – auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklä- ren 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 (Urteil des BGer 9C\_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 2.2.1). 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 prü-

C-6068/2020 Seite 13 fen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbe- gründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Be- schwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Ge- richt (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

#### **E. 4.5**

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zu- kunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisi- onsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszu- standes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unter- schiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sach- verhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V

#### **E. 4.6**

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 somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

#### **E. 4.7**

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).

#### **E. 4.8**

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

C-6068/2020 Seite 14 Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 4.9**

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, sondern gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2). 5. Die Vorinstanz ist auf die Neuanschuldung vom 9. Februar 2015 eingetreten und hat dem Beschwerdeführer nach einer materiellen Prüfung mit ursprünglich angefochtener Verfügung vom 27. Oktober 2020 vom 1. August 2015 bis 29. Februar 2016 eine ganze sowie von 1. April 2019 bis 31. August 2019 eine halbe IV-Rente zugesprochen. Diese Verfügung hat sie pendente lite in Wiedererwägung gezogen und durch die Verfügung vom 20. April 2021 ersetzt, mit der sie dem Beschwerdeführer neu von 1. August 2015 bis 31. März 2016 sowie von 1. Dezember 2018 bis 31. August 2019 jeweils eine befristete ganze Rente zugesprochen hat (vgl. auch E. 2 hiervor). Die Eintretensfrage ist nach dem Ausgeführten vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist als erstes zu prüfen, ob sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist. 5.1 5.1.1 Die rentenablehnende Verfügung vom 4. Juni 2014 beruhte auf der Annahme einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gartenarbeiter sowie einer Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten, leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 15

kg sowie ohne Verhar- ren in Zwangspositionen im Umfang von 100 % (vgl. Dok. 4 und 35). 5.1.2 Die Verfügung vom 4. Juni 2014 basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf der Aktenbeurteilung des von der IV-Stelle C.\_\_\_\_\_

C-6068/2020 Seite 15 konsultierten RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine In- nere Medizin und zertifizierter Gutachter SIM, vom 5. November 2013, der gestützt auf die ihm unterbreiteten medizinischen Unterlagen aus dem Zeit- raum von 29. November 2012 bis 3. Oktober 2013 (vgl. Dok. 11 und 21) seine Beurteilung vornahm. Dabei bildeten insbesondere die beiden zu- handen der Krankentaggeldversicherung erstellten vertrauensärztlichen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 5. April 2013 (Dok. 11 S. 35 f.) sowie von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 10. und 23. September 2013 (vgl. Dok. 11 S. 22-32) die Grundlage für seine versicherungsmedizinische Einschätzung. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ stellte als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einerseits ein Schmerzsyndrom im Bereich des Beckenkamms links mit Hauptschmerzpunkt über Spina iliaca ante superior bei foraminale Dis- kushernie L4 (DD: Insertionstendinosen am Becken) und andererseits ra- diologisch dorsal wie auch lumbal eine Diskusprotrusion L4/L5 ohne radi- kuläre Kompression (L1-S5 sonst unauffällig) sowie eine foraminale Dis- kushernie bei L4. Der RAD-Arzt führte zur Begründung aus, dass nach ver- sicherungsmedizinischer Einschätzung das neurologische Gutachten überzeugend sei; einzig gehe daraus nicht hervor, ob dem Gutachter be- wusst gewesen sei, dass der Versicherte teilweise körperlich sehr schwere Tätigkeiten zu verrichten habe. Da dies gemäss Arbeitgeberfragebogen der Fall sei, gehe er bei langfristiger Ausübung der zuletzt ausgeübten kör- perlich schweren Tätigkeit von einer drohenden Invalidität aus; diese sei nicht mehr zumutbar. Hingegen sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar; für solche Tätigkeiten habe keine dauerhafte Ein- schränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen (vgl. Dok. 28). Gestützt darauf wurde das erste Gesuch, nachdem gegen Vorbescheid vom 19. März 2014 (Dok. 31) keine Einwände erhoben worden waren, am 4. Juni 2014 abge- wiesen (Dok. 35). 5.1.3 Am 10. Juli 2014 liess der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2014 einreichen, in dem der Hausarzt da- rauf hinwies, dass aufgrund der anhaltenden Schmerzen der frühere Beruf als Landschaftsgärtner nicht mehr zumutbar sei und daher eine berufliche Umorientierung notwendig sei (vgl. Dok. 36 f.). 5.2 Mit Neuanmeldung vom 9. Februar 2015 (Dok. 10 S. 18) hat der Be- schwerdeführer zunächst folgende medizinische Unterlagen eingereicht, aus denen sich der folgende medizinische Sachverhalt entnehmen lässt:

C-6068/2020 Seite 16 5.2.1 Mit Bericht vom 20. Januar 2015 berichtet Dr. med. H.\_\_\_\_\_ (ohne Angabe eines Facharztstitels) von einer über einen extraforaminalen Zu- gang durchgeführten CT-gesteuerten Wurzelinfiltration L4 aufgrund eines festgestellten extraforaminalen Bandscheibenvorfalls L4-L5 links (Dok. 44). Gemäss Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochi- rurgie, vom 29. Januar 2015 seien danach jedoch die Schmerzen im linken Bein trotz des guten Verlaufs während der Infiltration stärker ausgeprägt gewesen, weshalb der Chirurg ein operatives Vorgehen vorgeschlagen hat. Am 13. Dezember 2015 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ operiert und in der Folge bis zum 28. Juni 2015 zu 100 % krank- geschrieben; im Bericht bleibt dabei unerwähnt, was operiert wurde (vgl. Dok. 45; vgl. im Weiteren Bulletin betreffen die Hospitalisation vom 17. Februar 2015 [Dok. 52] und die beiden Arbeitsunfähigkeitsatteste vom

## **E. 5**

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 9. Februar 2015 eingetreten und hat dem Beschwerdeführer nach einer materiellen Prüfung mit ursprünglich angefochtener Verfügung vom 27. Oktober 2020 vom 1. August 2015 bis 29. Februar 2016 eine ganze sowie von 1. April 2019 bis 31. August 2019 eine halbe IV-Rente zugesprochen. Diese Verfügung hat sie pendente lite in Wiedererwägung gezogen und durch die Verfügung vom 20. April 2021 ersetzt, mit der sie dem Beschwerdeführer neu von 1. August 2015 bis 31. März 2016 sowie von 1. Dezember 2018 bis 31. August 2019 jeweils eine befristete ganze Rente zugesprochen hat (vgl. auch E. 2 hiervor). Die Eintretensfrage ist nach dem Ausgeführten vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Nachfolgend ist als erstes zu prüfen, ob sich der medizinische Sacherhalt als genügend abgeklärt erweist.

### **E. 5.1.1**

Die rentenablehnende Verfügung vom 4. Juni 2014 beruhte auf der Annahme einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gartenarbeiter sowie einer Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten, leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 15 kg sowie ohne Verharren in Zwangspositionen im Umfang von 100 % (vgl. Dok. 4 und 35).

### **E. 5.1.2**

Die Verfügung vom 4. Juni 2014 basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf der Aktenbeurteilung des von der IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ konsultierten RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und zertifizierter Gutachter SIM, vom 5. November 2013, der gestützt auf die ihm unterbreiteten medizinischen Unterlagen aus dem Zeitraum von 29. November 2012 bis 3. Oktober 2013 (vgl. Dok. 11 und 21) seine Beurteilung vornahm. Dabei bildeten insbesondere die beiden zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstellten vertrauensärztlichen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 5. April 2013 (Dok. 11 S. 35 f.) sowie von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 10. und 23. September 2013 (vgl. Dok. 11 S. 22-32) die Grundlage für seine versicherungsmedizinische Einschätzung. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ stellte als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einerseits ein Schmerzsyndrom im Bereich des Beckenkamms links mit Hauptschmerzpunkt über Spina iliaca ante superior bei foraminale Diskushernie L4 (DD: Insertionstendinosen am Becken) und andererseits radiologisch dorsal wie auch lumbal eine Diskusprotrusion L4/L5 ohne radikuläre Kompression (L1-S5 sonst unauffällig) sowie eine foraminale Diskushernie bei L4. Der RAD-Arzt führte zur Begründung aus, dass nach versicherungsmedizinischer Einschätzung das neurologische Gutachten überzeugend sei; einzig gehe daraus nicht hervor, ob dem Gutachter bewusst gewesen sei, dass der Versicherte teilweise körperlich sehr schwere Tätigkeiten zu verrichten habe. Da dies gemäss Arbeitgeberfragebogen der Fall sei, gehe er bei langfristiger Ausübung der zuletzt ausgeübten körperlich schweren Tätigkeit von einer drohenden Invalidität aus; diese sei nicht mehr zumutbar. Hingegen sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar; für solche Tätigkeiten habe keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen (vgl. Dok. 28). Gestützt darauf wurde das erste Gesuch, nachdem gegen Vorbescheid vom 19. März 2014 (Dok. 31) keine Einwände erhoben worden waren, am 4. Juni 2014 abgewiesen (Dok. 35).

### **E. 5.1.3**

Am 10. Juli 2014 liess der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2014 einreichen, in dem der Hausarzt darauf hinwies, dass aufgrund der anhaltenden Schmerzen der frühere Beruf als Landschaftsgärtner nicht mehr zumutbar sei und daher eine berufliche Umorientierung notwendig sei (vgl. Dok. 36 f.).

## **E. 5.2**

Mit Neuanschuldung vom 9. Februar 2015 (Dok. 10 S. 18) hat der Beschwerdeführer zunächst folgende medizinische Unterlagen eingereicht, aus denen sich der folgende medizinische Sachverhalt entnehmen lässt:

### **E. 5.2.1**

Mit Bericht vom 20. Januar 2015 berichtet Dr. med. H.\_\_\_\_\_ (ohne Angabe eines Facharztstitels) von einer über einen extraforaminalen Zugang durchgeführten CT-gesteuerten Wurzelinfiltration L4 aufgrund eines festgestellten extraforaminalen Bandscheibenvorfalles L4-L5 links (Dok. 44). Gemäss Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 29. Januar 2015 seien danach jedoch die Schmerzen im linken Bein trotz des guten Verlaufs während der Infiltration stärker ausgeprägt gewesen, weshalb der Chirurg ein operatives Vorgehen vorgeschlagen hat. Am 13. Dezember 2015 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ operiert und in der Folge bis zum 28. Juni 2015 zu 100 % krankgeschrieben; im Bericht bleibt dabei unerwähnt, was operiert wurde (vgl. Dok. 45; vgl. im Weiteren Bulletin betreffend die Hospitalisation vom 17. Februar 2015 [Dok. 52] und die beiden Arbeitsunfähigkeitsatteste vom 12. März 2015 und vom 9. Mai 2015 [Dok. 53 und 58]).

### **E. 5.2.2**

Am 1. Oktober 2015 nahm die konsultierte RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für allgemeine Medizin und zertifizierte Gutachterin SIM, zum vorgelegten Dossier Stellung und stellte die Diagnose Lumboischialgie links. Im Weiteren führte sie aus, radiologisch seien degenerative Diskusveränderungen mit einer intraforaminalen Hernie L4 links bereits im Januar 2014 festgehalten. Eine detaillierte neurologische Untersuchung im September 2013 habe aber keinerlei radikuläre Symptomatik feststellen können. Für den Zeitraum zwischen September 2013 und Januar 2015 lägen indes keine Informationen vor. Am 20. Januar 2015 sei eine CT-gesteuerte Infiltration erfolgt, welche offensichtlich zu mehr Schmerzen geführt habe. Über eine (anscheinend) am 13. Februar 2015 durchgeführte Operation und den weiteren Verlauf lägen keine Informationen vor. Anhand der vorliegenden Informationen müsse sie davon ausgehen, dass die Operation die Exstirpation der Diskushernie L4 links betroffen habe, welche eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 2 bis 3 Monaten zur Folge habe. Sie nehme aber kaum an, dass die Beschwerden nun besser würden, sondern eher schlechter. Eine Arbeitsfähigkeit in einer schweren Tätigkeit sei bereits im November 2013 verneint worden. Mit den vorliegenden Unterlagen sei weiterhin davon auszugehen, dass - mit einem Unterbruch von ca. 3 Monaten perioperativ - in einer angepassten Tätigkeit, wie sie 2013 formuliert worden sei, eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Sollten genauere Angaben nötig sein, müssten die Unterlagen mit Verlaufsberichten betreffend den Zeitraum von September 2013 bis Januar 2015 mit Symptomen und konkreten klinischen Befunden, Unterlagen betreffend die Operation vom 13. Februar 2015 sowie betreffend den Verlauf nach der Operation eingeholt werden (vgl. Dok. 71).

### **E. 5.2.3**

Auf Nachfrage seitens der Vorinstanz vom 6. Oktober 2015 (Dok. 72) hin teilte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ am 23. Oktober 2015 mit, dass ein Austrittsbericht betreffend die vom 12. bis 16. Februar 2015 dauernde Hospitalisation, der Operationsbericht vom 13. Februar 2015 sowie ein orthopädischer Verlaufsbericht mit Ausführungen zum Verlauf zwischen September 2013 bis Januar 2015 sowie zum Verlauf ab dem 18. Februar 2015 einzuholen seien (vgl. Dok. 73).

### **E. 5.3**

In der Folge hat die Vorinstanz das Dossier mit den folgenden (sowohl vor als auch nach der Operation vom 13. Februar 2015 erstellten) Berichten ergänzt:

#### **E. 5.3.1.1**

Im Sommer 2014 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, untersucht (vgl. dessen Bestätigung an den Hausarzt vom 16. Juni 2014, den Beschwerdeführer möglichst umfassend zu untersuchen, einschliesslich einer Doppleruntersuchung der unteren Gliedmasse, einer Untersuchung auf genetische Erkrankungen sowie einer Knochen-Szintigraphie [Dok. 90]). Mit Bericht vom 3. Juli 2014 teilte der Facharzt mit, das Untersuchungsergebnis sei normal ausgefallen; die Knochenszintigraphie habe keine grösseren Beeinträchtigungen angegeben und die Doppleruntersuchung der unteren Extremitäten habe sowohl arteriell als auch venös im Normalbereich gelegen. Auch ein Morbus Bechterew habe aufgrund des negativen HLA-B27-Tests ausgeschlossen werden können (vgl. Dok. 91).

#### **E. 5.3.1.2**

Im MRT-Bericht betreffend die LWS vom 16. Dezember 2014 stellte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, eine posteromediale Bandscheibenprotrusion L4/L5 links mit linksseitiger foraminale Komponente fest, die eine linksseitige L4- und/oder L5-Symptomatik erklären könne. Ebenso stellte er einen konstitutionell bedingt mässig abgestuften engen Lumbalkanal fest (vgl. Dok. 93).

#### **E. 5.3.2.1**

Im undatierten Bericht zuhanden des Hausarztes berichtete der Chirurg Dr. med. I. \_\_\_\_\_ über die vom 12. bis 16. Februar 2015 dauernde stationäre Behandlung des Beschwerdeführers. Eine neurologische Untersuchung habe zwar ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei einem Finger-Boden-Abstand von 40 cm ergeben, jedoch habe eine radikuläre Schädigung ausgeschlossen werden können. Das Lasègue-Zeichen sei negativ gewesen; im Weiteren seien keine motorischen Defizite erhoben und überdies symmetrische Reflexe festgestellt worden. Am 13. Februar 2015 sei über einen transforaminalen Zugang eine Herniotomie auf der Ebene L4/L5 links durchgeführt worden. Schliesslich sei der Beschwerdeführer bei günstigem Verlauf ohne Schmerzen und Defizite entlassen worden (vgl. Dok. 94). Im Verlaufsbericht vom 19. März 2015 berichtete Dr. med. I. \_\_\_\_\_ schliesslich von einem zufriedenstellenden klinischen Verlauf. Der postoperative Verlauf sei (weiterhin) günstig und der Beschwerdeführer habe keine Schmerzen mehr. Ebenso sei die neurologische Untersuchung in der Norm gewesen (vgl. Dok. 95).

#### **E. 5.3.2.2**

Gemäss Bescheinigung des Hausarztes Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2015 habe der Beschwerdeführer allerdings drei Monate danach (wieder) über anhaltende schlafraubende

Wirbelsäulenschmerzen geklagt, die ihn zwingen würden, nachts die Position zu wechseln; ebenso könne er Steh- und Sitzpositionen nicht lange halten, da dies zu Schmerzen führe. Der Beschwerdeführer benötige derzeit immer noch Pflege, und sein Krankheitsbild erlaube es ihm nicht, seinen früheren Beruf als Landschaftsgärtner wiederaufzunehmen; es müsse eine Umschulung in Betracht gezogen werden (vgl. Dok. 96).

### **E. 5.3.3**

Im Weiteren wurde der Beschwerdeführer am 1. September 2015 Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Vertrauensärztin der französischen "Caisse Primaire d'Assurance Maladie (...)", untersucht. Im Formularbericht E 213 vom 1. September 2015 hielt die Ärztin ebenfalls fest, dass der Beschwerdeführer aktuell über anhaltende Schmerzen im Bereich der Rückseite der linken unteren Gliedmasse klagt, aufgrund welcher er nicht lange sitzen und auch nichts mehr heben könne. Ihre Untersuchungen der Wirbelsäule hätten einen Fuss-Boden-Abstand von 30 cm, eine Inklination von 30° sowie eine Rotation von 40° ergeben. Die Beweglichkeit der oberen und unteren Gliedmasse sei in der Norm gewesen. Auch die neurologische Untersuchung habe normale Befunde bezüglich Bewegungen (inkl. Kraft und Tonus) und Gang gezeigt. Ebenso seien die Reflexe vorhanden und symmetrisch gewesen. Gestützt auf ihre eigenen Untersuchungsergebnisse sowie in Kenntnis diverser medizinischer Berichte aus dem Zeitraum 22. Januar 2013 bis 27. Juli 2015 (vgl. Auflistung unter Ziff. 5.6; diese - teilweise bereits aktenkundigen - Berichte wurden am 7. März 2016 zusammen mit dem vorliegenden Formularbericht ebenfalls an die Vorinstanz übermittelt [vgl. Dok. 88-96]) stellt Dr. med. M. \_\_\_\_\_ die Diagnose Radikulopathie ohne Defizite bei lumbaler Diskushernie (ICD-10: M51). Zusammenfassend hielt sie fest, der Verlauf sei nach der chirurgischen Behandlung trotz verbleibender neuropathischer Schmerzen günstig. Der Beschwerdeführer könne leichte adaptierte Tätigkeiten vollschichtig ausüben, wobei das wiederholte Beugen sowie das Heben und Tragen von Lasten zu vermeiden seien. Die letzte Tätigkeit als Landschaftsgärtner sei ihm hingegen nicht mehr zumutbar (vgl. Dok. 79).

### **E. 5.3.4.1**

Weitere aufgrund der anhaltenden Schmerzen durchgeführte bildgebende Untersuchungen der LWS beim Radiologen Dr. L. \_\_\_\_\_ vom 17. September 2015 (CT-Untersuchung der LWS [Dok. 83]) und vom 1. Dezember 2015 (MRT der LWS [Dok. 80]) zeigten einerseits eine minimale kleine Bandscheibenprotrusion L5-S1 ohne Kompression, andererseits eine eher links lateralisierte Bandscheibenprotrusion L4-L5 postero-medial, die in Kontakt mit der linken L5-Wurzel komme, was die Symptomatik vom Typ L5 links erklären könnte.

### **E. 5.3.4.2**

In Kenntnis des obgenannten MRT teilte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ dem Hausarzt am 18. Dezember 2015 (vgl. Dok. 81) mit, dass der Beschwerdeführer seit einigen Wochen ein Lumbovertrealsyndrom aufweise; es bestehe aber keine objektive Wurzelschädigung. Wegen der Tätigkeit des Beschwerdeführers als Landschaftsgärtner habe er die Krankschreibung zwei Mal verlängert. Das MRT liege in der Norm; es gebe kein Hernienrezidiv und keine Restkompression. Er stelle eher ein beidseitiges Gelenksyndrom auf der Höhe L4/L5 fest. Als Klammerbemerkung warf er die Frage einer erneuten Infiltration auf (bezüglich der Interpretation der Klammerbemerkung vgl. auch den später erstellten Bericht der Neurologin Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 24. November 2016, in welchem darauf hingewiesen wird [Dok. 123 S. 1 Abs. 5, E. 5.4.5 hiernach]).

#### **E. 5.3.4.3**

Am 4. Februar 2016 stellte der Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ ein Rezept für Massagesitzungen sowie Physiotherapie und Rehabilitation betreffend die gesamte Wirbelsäule aus (vgl. Dok. 82).

#### **E. 5.3.5**

Gestützt auf diese neu unterbreiteten Unterlagen bestätigte die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ am 1. April 2016 die Diagnose Lumboischialgie links. Im Weiteren führte sie aus, es handle sich um ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne neurologische Ausfälle bei radiologisch mässigen Veränderungen. Die klinisch geschilderte Schmerzausstrahlung respektive Klinik passe nicht zur im MRT gefundenen Diskushernie L4/L5 links, sondern zu S2. Dementsprechend habe sich auch nach der Operation nichts geändert. Es bestünden daher chronische Rückenschmerzen mit nur pseudoradikulärer Symptomatik. Eine neurologische Ausfallsymptomatik habe nie dokumentiert werden können. Angesichts des jungen Patientenalters und der doch schon vorhandenen Abnützerscheinungen an der Wirbelsäule, müsse von einer gewissen Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule ausgegangen werden. Körperlich schwere Arbeiten seien nicht zumutbar. Demgegenüber seien mit einem Unterbruch von ca. zwei Monaten um das Operationsdatum vom 13. Februar 2015 adaptierte Tätigkeiten, die eine gewisse Rückenschonung resp. -hygiene erlaubten, voll zumutbar (vgl. Dok. 98).

#### **E. 5.4**

Nach Erlass des ersten abschlägigen Vorbescheids vom 21. April 2016 reichte der Beschwerdeführer die folgenden Unterlagen ein:

##### **E. 5.4.1**

Am 31. März 2016 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, mittels EMG untersucht. Im dazu ergangenen Bericht vom 4. April 2016 führte der Arzt aus, die osteotendinöse Reflexe seien symmetrisch und die segmentale Muskelkraft sei normal. Der Beschwerdeführer beklage eine globale Hypästhesie im linken Bein distal. Es gebe jedoch keine Zeichen für einen radikulären Bandscheibenkonflikt. Es bestehe eine ausgeprägte schmerzhaftbedingte Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule; ebenso sei die linke peritrochantäre Region bei Palpation schmerzhaft. Schliesslich hielt Dr. med. O. \_\_\_\_\_ zusammenfassend fest, die elektroneuromyografische Untersuchung habe keine Auffälligkeiten gezeigt. Insbesondere gebe es keine Hinweise auf ein kürzlich erfolgtes oder fortschreitendes tronkuläres oder radikuläres Leiden. Der Arzt empfahl eine Physiotherapie (vgl. Dok. 105).

##### **E. 5.4.2**

Im Rahmen einer MRT-Untersuchung des Rückenmarks vom 13. April 2016 konnten eine Myelitis oder eine zervikale Myelopathie ausgeschlossen werden. Jedoch bestehe auf der Ebene C5-C6 eine posterolaterale Diskushernie links mit Kompression der Vorderseite des Rückenmarks, offensichtlich symptomatisch und möglicherweise Ursache einer Zervikobrachialgie im Bereich von C6 links, die zum Teil die neurologischen Störungen in Form von Heiss-, Kalt- und Schmerzästhesie erkläre (vgl. Bericht von Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 13. April 2016 [Dok. 106]).

##### **E. 5.4.3**

Zwecks Klärung der im französischen Gesuchsverfahren strittigen Frage, ob der Beschwerdeführer am 15. September 2015 arbeitsfähig gewesen sei, wurde Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, im gegenseitigen Einvernehmen des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, und der französischen Vertrauensärztin Dr. med. M.\_\_\_\_\_ als externer Gutachter beauftragt. In seinem Gutachten vom 23. Mai 2016 wies Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ einleitend darauf hin, dass gemäss Beschwerdeführer die Schmerzen nach dem chirurgischen Eingriff im Februar 2015 schnell wieder aufgetreten seien und er seit etwa 6 Monaten eine Schwäche in beiden oberen Gliedmassen, vorherrschend links, verspüre. Es bestünden weiterhin Schmerzen popliteal und inguinal links sowie eine Schwäche der unteren Gliedmassen. Beim Gehen verspüre er ein Kribbeln in der gesamten linken unteren Extremität; nach 200 Metern würden die unteren Gliedmassen schwer und es träten Rückenschmerzen zerviko-dorsal auf, weshalb er sich etwa 10 Minuten lang ausruhen müsse, bevor er weitergehen könne. Sphinkterstörungen habe der Beschwerdeführer hingegen nicht erwähnt. Gestützt auf diese Angaben, auf die ihm vorliegenden Akten sowie auf seine eigenen Untersuchungen kam Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass alle klinischen und radiologischen Befunde auf eine zervikale Claudicatio medullaris hinwiesen, welche weitere Untersuchungen (mittels somatosensorisch sowie motorisch evozierter Potentiale) erforderten, bevor der Beschwerdeführer eine berufliche Tätigkeit wiederaufnehmen könne. Bezüglich der lumbalen Beschwerden sollte hingegen eine Physiotherapie helfen, das LWS-Schmerzsyndrom zu reduzieren. Der Beschwerdeführer sei jedenfalls am 15. September 2015 nicht arbeitsfähig gewesen. Ein neuer Zeitpunkt betreffend Arbeitswiederaufnahme könne erst festgelegt werden, wenn die Rehabilitation abgeschlossen sei und die oben genannten zusätzlichen Untersuchungen durchgeführt worden seien (vgl. Dok. 111; vgl. auch das Schreiben des französischen Sozialversicherungsträgers vom 7. Juni 2016 betreffend die attestierte Arbeitsunfähigkeit am 15. September 2015 [Dok. 109]).

#### **E. 5.4.4**

Aufgrund der neu vorgelegten Berichte ergänzte die Dr. med. J.\_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 14. Juli 2016 ihre Diagnosestellung (Lumboschialgie links) mit der Diagnose Zervikalsyndrom. Zur Begründung führte sie aus, dass sich bezüglich der LWS nichts geändert habe; neu sei seit Mai 2015 (recte: Mai 2016) erstmals von einer seit ca. 6 Monaten bestehenden Schwäche der Arme die Rede. Während der Radiologe von einer möglichen Wurzelirritation C6 spreche, sehe der untersuchende Neurologe im Mai 2016 den Verdacht auf eine zervikale Myelopathie mit entsprechender zervikaler Claudicatio spinalis. Sollte sich letztgenannter Verdacht bestätigen, bestünde je nach Ausmass und therapeutischer Möglichkeiten eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit. Zur definitiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab Anfang 2016 seien die Ergebnisse der weiteren Abklärungen nötig (vgl. Dok. 113).

#### **E. 5.4.5**

In der Folge reichte der Beschwerdeführer auf vorinstanzliches Ersuchen hin (vgl. die Telefonate vom 21. Juli 2016 und vom 30. August 2016 [Dok. 114 f.] sowie die Korrespondenz vom September und Oktober 2016 [Dok. 116-120]) mit Eingabe vom 28. November 2016 die Berichte betreffend die neurologischen Untersuchungen ein (vgl. Dok. 121). Die Untersuchung mittels motorisch evozierter Potentiale zeigte keine signifikante Verlängerung der zentralen Leitungszeiten für alle vier Gliedmassen, sondern lediglich eine

Amplitudenasymmetrie für die zentrale und die periphere Komponente im Abduktor des fünften Fingers links. Und im Rahmen der Untersuchung mittels somatosensorisch evozierter Potentiale der unteren Extremitäten konnte lediglich eine leichte Verlangsamung der posterioren cordonalen Leitung beidseitig und symmetrisch festgestellt werden, wobei die Amplituden der kortikalen Komplexe noch sehr gut erhalten gewesen seien (vgl. Berichte der Dres. med. R. \_\_\_\_\_ und Q. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2016 [Dok. 122]). In Kenntnis dieser Resultate sowie gestützt auf eigene Untersuchungen teilte die vom Hausarzt beauftragte Ärztin Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, am 24. November 2016 mit, es gebe derzeit keine neurologischen Anzeichen für einen zentralen Ursprung, jedoch sollten die Existenz des zervikalen Bandscheibenvorfalles, der in Kontakt mit dem Rückenmark komme, die Existenz der diskreten Anomalien der durchgeführten evozierten Potentiale sowie die permanenten zervikalen Wirbelsäulenschmerzen mit einer Claudicatio intermittens nach einer Strecke von 100 m zur Vorsicht mahnen. Das weitere Vorgehen machte die Ärztin schliesslich von einem Verlaufs-MRT anfangs 2017 abhängig (vgl. Dok. 123).

#### **E. 5.4.6**

Gestützt auf diese Verlaufsberichte konnte sich die abermals konsultierte RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ aufgrund von dürftigen anamnestischen Angaben sowie mangels Vorliegen von konkreten klinischen Befunden am 15. Dezember 2016 weiterhin kein klares Bild machen. Sie erachtete deshalb eine Begutachtung in der Schweiz in der Fachdisziplin Neurochirurgie oder in den Fachdisziplinen Neurologie und Wirbelsäulen-Orthopädie als notwendig (Dok. 125 S. 1-3). Der zwecks Zweitmeinung konsultierte RAD-Arzt Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, empfahl in Würdigung des medizinischen Dossiers, die erneute MRT-Untersuchung der HWS abzuwarten und danach eine aussagekräftige neurologische Kontrolluntersuchung mit Beschreibung der konkreten Befunde sowie einer Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit einzuholen. Falls sich zudem eine chirurgische Indikation ergeben sollte, müsste auch die OP und deren Ergebnis abgewartet werden. Unter der Voraussetzung, dass die weiteren Berichte aussagekräftig und ausführlich seien, sollte eine Beurteilung auch ohne Expertise möglich sein (Dok. 125 S. 4). Nachdem sich Dr. med. J. \_\_\_\_\_ am 19. Januar 2017 dieser Empfehlung angeschlossen hatte (vgl. Dok. 125 S. 5-7), stellte sich schliesslich auch der zusätzlich konsultierte RAD-Arzt Dr. med. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, auf den Standpunkt, dass zurzeit keine Expertise einzuholen sei und zunächst das Ergebnis der MRT-Untersuchung bekannt sein müsste wie auch der Umstand, ob ein Entscheid zur Operation getroffen worden sei (vgl. Dok. 127).

#### **E. 5.4.7.1**

In der Folge reichte der Beschwerdeführer einerseits eine medizinische Bescheinigung der Neurologin Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 17. Februar 2017 (Dok. 132) ein, in der die Ärztin Stellung nahm zu einer offenbar divergierenden Meinung eines Dr. med. U. \_\_\_\_\_ (dessen Bericht sich nicht in den Akten befindet) und dieser entschieden widersprach sowie ihre Feststellungen vom 24. November 2016 (Dok. 123) bestätigte; andererseits reichte er auch den Bericht des Radiologen Dr. L. \_\_\_\_\_ vom 7. März 2017 (Dok. 134) betreffend die MRT-Verlaufsuntersuchung der HWS vom selben Tag ein. Bezugnehmend auf den MRT-Bericht wies der RAD-Arzt Dr. med. T. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 31. März 2017 darauf hin, dass der MRT-Bericht vergleichbare Ergebnisse mit jenem von April

2016 (vgl. E. 5.4.2 hiervor und Dok. 106) aufweise, wonach eine Diskushernie und eine Kompression des Rückenmarksstrangs vorhanden seien, indes immer noch keine Anzeichen für eine Myelopathie bestünden. Da nach wie vor unbekannt sei, ob operiert werde, bräuchte es den im Lichte des neusten MRT ergangenen Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_\_. Bezüglich des Berichts von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ merkte der RAD-Arzt an, dass in Frankreich offenbar ein Rechtsstreit über Versicherungsleistungen im Gange sei und dabei wahrscheinlich nicht alle medizinischen Meinungen übereinstimmen würden (vgl. Dok. 139).

#### **E. 5.4.7.2**

Anhand des in der Folge eingeholten Verlaufsberichts von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 13. März 2017 (Dok. 143) konnte sich der RAD-Arzt jedoch nach wie vor kein abschliessendes Bild machen, da die Neurologin den Beschwerdeführer mangels offensichtlicher Anzeichen einer Rückenmarkskompression an den Arzt Dr. med. V.\_\_\_\_\_ weiterverwiesen hat, um dessen Meinung betreffend die Frage einzuholen, ob eine Indikation zur Operation bestehe. Dr. med. T.\_\_\_\_\_ hielt deshalb fest, dass dessen Bericht abgewartet werden müsse (vgl. Dok. 145).

#### **E. 5.4.7.3**

Dr. med. V.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, bestätigte am 27. März 2017, dass die neuerliche MRT-Untersuchung der HWS vom März 2017 im Vergleich zur MRT-Untersuchung im Jahr 2016 ein nahezu unverändertes Bild ergeben habe, wonach es keine grössere Rückenmarkskompression gebe, jedenfalls aber keine Anzeichen einer Myelopathie bestünden und somit eine gewisse Diskrepanz zwischen den subjektiven klinischen Daten und den evozierten Potenzialen einerseits und dem MRT andererseits vorliege. Er erkenne daher keine chirurgische Indikation (vgl. Dok. 152). Aufgrund dieses Berichtes kam der RAD-Arzt Dr. med. T.\_\_\_\_\_ am 5. Oktober 2017 zum Schluss, dass sich der Fall nun stabilisiert habe, und empfahl eine externe Begutachtung einerseits des Bewegungsapparats und andererseits eine neurologische Untersuchung; am 27. Oktober 2017 präzisierte er auf Nachfrage hin, die Untersuchung des Bewegungsapparats solle vorzugsweise durch einen Rheumatologen erfolgen (vgl. Dok. 156-159).

#### **E. 5.4.8.1**

Noch bevor die Vorinstanz einen Begutachtungsauftrag vergeben hat, reichte der Beschwerdeführer am 19. Februar 2018 zwei weitere Verlaufsberichte von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 10. Januar 2018 und von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2018 ein, die gestützt auf neuerliche Untersuchungen mittels MRT und evozierter Potentiale - letztere Berichte legte der Beschwerdeführer seiner Eingabe nicht bei - weiterhin keine Indikation für einen chirurgischen Eingriff sahen. Einleitend darauf hinweisend, die evozierten Potentiale seien wieder normal, begründete Dr. med. N.\_\_\_\_\_ ihre Einschätzung damit, es liege keine Nervenkompression vor. Der Beschwerdeführer habe klinisch zwar immer noch geringfügige zervikale intervertebrale Störungen, eine bilaterale Tendomyalgie der Trapezmuskeln und es sei eine zervikale Begradigung auf dem Kontroll-MRT ersichtlich; aber die Grösse des Bandscheibenvorfalles habe sich nicht verändert, erscheine gar weniger imposant als auf früheren MRT. Der Patient berichte aber auch von einem ziehenden Gefühl in den oberen Gliedmassen, das sehr atypisch und unspezifisch bleibe. Sie sei sich nicht sicher, ob die Aussage einer Claudicatio intermittens nach 100 m der Wahrheit entspreche, und angesichts der beruflichen Schwierigkeiten sei sie sich nicht sicher, ob

nicht doch ein Suchen nach einem «sekundären Nutzen» vorliege (vgl. Dok. 165). Dr. med. V.\_\_\_\_\_ wiederum - einleitend darauf hinweisend, dass nun auch eine Zervikobrachialgie rechts bestehe - begründete seine gleichlautende Einschätzung damit, im MRT sei eine bilaterale Foraminalstenose C6 sichtbar, die eine Wurzelschädigung C6 erklären könne. Da der Patient trotz allem mehr über Nackenschmerzen als über die Ausstrahlung in die rechte obere Extremität (und auch über schmerzhaftes Folgeerscheinungen in der linken unteren Extremität) klage, würde ihm eine Operation keine völlig zufriedenstellende Erleichterung verschaffen. Je nach Entwicklung könne die Frage aber neu diskutiert werden (vgl. Dok. 166).

#### **E. 5.4.8.2**

Gestützt auf die beiden neu eingereichten Berichte teilte der RAD-Arzt Dr. med. T.\_\_\_\_\_ am 9. März 2018 mit, dass er angesichts der nunmehr geklärten Diagnosen und der klareren medizinischen Stellungnahmen eine abschliessende Beurteilung vornehmen und seines Erachtens das Gutachten annulliert werden könne. In Bezug auf die umstrittene zervikale Pathologie seien sich nun alle einig, dass der Versicherte objektiv gesehen weder eine Claudicatio noch eine zervikale Myelopathie noch eine zervikale radikuläre Kompression aufweise. Als Hauptdiagnosen (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) seien ein Status nach Operation der Diskushernie L4/L5 im Februar 2015 aufgrund einer Femoralgie links sowie die daraus entstandene Folgeerkrankung chronische Lumboischialgie (ICD-10 M47.2) und als Nebendiagnose (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) ein Zervikalsyndrom mit möglichen Pseudo-Brachialgien bei degenerativen Erkrankungen und Diskushernie C5/C6 (ICD-10 M54.2) zu stellen. Im Weiteren nannte er einen eindeutig nicht bestätigten Verdacht auf eine zervikale Myelopathie als Nebendiagnose ohne Auswirkungen. In Übereinstimmung mit Dr. med. V.\_\_\_\_\_ könne der Versicherte seine körperlich anstrengende Tätigkeit als Landschaftsgärtner nicht mehr ausüben. In adaptierten, die LWS und HWS schonenden Tätigkeiten (wechselbelastend, gelegentliches Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg, ohne Zwangshaltungen der LWS und HWS) sei er jedoch vollschichtig arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten bestehe ab Dezember 2015, da der Fall - was sich aus dem Bericht des Chirurgen Dr. med. I.\_\_\_\_\_ an den Hausarzt vom 21. Dezember 2015 (recte: 18. Dezember 2015 [vgl. Dok. 81]) ergebe - aufgrund des mittels MRT bestätigten Ausschlusses eines Rezidivs der Diskushernie, aufgrund der normalen Befunde der neurologischen Untersuchung sowie der fehlenden Indikation für eine erneute Operation ab diesem Zeitpunkt stabilisiert gewesen sei. Die Entdeckung einer zervikalen Diskushernie ohne neurologische Folgen und das Auftreten von Nackenschmerzen hätten nichts an der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten geändert (vgl. Dok. 168).

#### **E. 5.5**

Aufgrund des am 13. Juni 2018 erhobenen Einwands - wobei sich dieser insbesondere gegen den impliziten Widerruf der Begutachtung richtete (vgl. Dok. 178 f.) - gegen den in der Folge erlassenen Vorbescheid vom 9. Mai 2018 holte die Vorinstanz bei der leitenden Ärztin des IV-internen medizinischen Dienstes, Dr. med. W.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, eine Zweitmeinung ein. Die Ärztin stützte am 14. September 2018 die RAD-ärztliche Beurteilung vom 9. März 2018 (vgl. Stellungnahme vom 14. September 2018 [Dok. 181]).

#### **E. 5.6**

Im Weiteren liess der Beschwerdeführer die folgenden zusätzlichen medizinischen Unterlagen einreichen:

#### **E. 5.6.1**

Nebst einem Bericht von Dr. med. X.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 14. Juni 2016, der darin die bekannten Nackenbeschwerden ohne neurologische Auffälligkeiten beschreibt und eine berufliche Neuorientierung empfahl (Dok. 183), zweier radiologischer Befundberichte von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 8. und 11. Oktober 2018 (Röntgen und MRT der HWS [Dok. 188 f.]) sowie einem Attest von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2018 (Dok. 190), der eine berufliche Neuorientierung als notwendig erachtete, reichte der Beschwerdeführer insbesondere auch einen neuen Bericht des Neurochirurgen Dr. med. V.\_\_\_\_\_ vom 28. November 2018 ein, der nunmehr eine am 13. Dezember 2018 vorgesehene Foraminotomie C5/C6 mit intersomatischer Arthrodeuse ankündigte mit der Begründung, das letzte - an die Vorinstanz noch nicht übermittelte (vgl. aber E. 5.6.3.1 hiernach) - CT der HWS bestätige die Enge, welche im rechten Foramen C6 immer deutlicher zu werden scheine, da die Schmerzen fast täglich aufträten und den Versicherten auch in der Nacht weckten (vgl. Dok. 201).

#### **E. 5.6.2**

In Kenntnis dieser neuen Berichte teilte der RAD-Arzt Dr. med. T.\_\_\_\_\_ am 7. Januar 2019 mit, dass der jüngste Bericht von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ alles in Frage stelle, indem der Neurochirurg seine Meinung geändert habe. Der RAD-Arzt führte aus, es sei in der Zwischenzeit zu keiner Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen, sondern die Indikation zur Operation ergebe sich aus einer medizinisch anderen Interpretation einer identischen Situation (chronische Pseudobrachialgie) durch denselben Chirurgen, der noch im Februar 2018 einen Eingriff abgelehnt habe. Der Fall müsse in 5 Monaten nochmals beurteilt werden (vgl. Dok. 203).

#### **E. 5.6.3.1**

Nach Eingang eines Hospitalisationsbulletins vom 15. Dezember 2018 (Dok. 206) und eines postoperativen Kurzberichts von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2019 (Dok. 207), der zwar einen schmerz- und gefühlsstörungsfreien Zustand bescheinigte, indessen noch keine abschliessende Beurteilung zuliess (vgl. Stellungnahme des RAD vom 4. Februar 2019 [Dok. 209]), wurden schliesslich diverse weitere - teils bereits aktenkundige - Verlaufsberichte aus dem Zeitraum 26. Juni 2018 bis 8. April 2019 (Dok. 210-215 und 222-224) an die Vorinstanz übermittelt; darunter befand sich auch der von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 26. November 2018 (E. 5.6.1 hiervor) erwähnte CT-Bericht vom 13. November 2018 (Bericht von Dr. med. Y.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie [vgl. Dok. 213]). Aus den im Zeitraum vor der gestellten OP-Indikation erstellten Berichten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer aufgrund von wiederaufgetretenen Beschwerden im linken Bein auch nochmals im Bereich der LWS untersucht wurde, dabei im Ergebnis jedoch die bereits bekannten degenerativen Erkrankungen ohne Anzeichen auf eine radikuläre Kompression festgestellt wurden (vgl. MRT-Bericht von Dr. med. Z.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 26. Juni 2018 und Untersuchungsbericht von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ vom 12. Juli 2018 [Dok. 211 f.]). Auch aus dem nachgereichten Formularbericht E 213 der französischen Vertrauensärztin Dr. med. Ba.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 26. November 2018 ergeben sich keine anderslautenden Erkenntnisse. Dr. med. Ba.\_\_\_\_\_ stellte darin gestützt auf eigene

Untersuchungen unter zusätzlicher Berücksichtigung der Berichte von Dr. med. X. \_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2018 (Dok. 183), Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2018 (Dok. 211), Dr. med. Y. \_\_\_\_\_ vom 13. November 2018 (Dok. 213) sowie Dr. med. V. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2018 (Dok. 201) lediglich die Diagnose Zervikobrachial-Syndrom (ICD-10: M53.1) und erachtete den Beschwerdeführer - ohne Angabe der zumutbaren Arbeitsfähigkeit und des zumutbaren Leistungsprofils - gemäss französischen Rechtsvorschriften als nicht invalide (vgl. Dok. 214).

#### **E. 5.6.3.2**

In den nach der Operation erstellten Verlaufsberichten vom 26. und 27. März 2019 bescheinigte Dr. med. V. \_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer nun beschwerdefrei sei und es ihm erlaubt sei, die meisten seiner Aktivitäten, einschliesslich der Arbeit, wiederaufzunehmen (vgl. Dok. 223 f.). Schliesslich bescheinigte auch der Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ mit Attest vom 8. April 2019, dass der Beschwerdeführer im Stande sei, eine wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 2 kg aufzunehmen, was jedoch in jedem Fall eine Umschulung erfordere. In einem ersten Schritt empfahl er ein Teilzeitpensum von 50 % für einen Monat, was bei Bedarf verlängert werden könne (vgl. Dok. 224).

#### **E. 5.6.4**

Gestützt auf die neuen Verlaufsberichte bestätigte der RAD-Arzt Dr. med. T. \_\_\_\_\_ am 13. Mai 2019 im Wesentlichen die in der Stellungnahme vom 9. März 2018 gestellten Diagnosen, berücksichtigte dabei aber neu die am 13. Dezember 2018 infolge der Zervikobrachialgie bei Diskushernie C5/C6 durchgeführten Foraminotomie und Arthrodesen bei C6. Im Weiteren attestierte er im angestammten Beruf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2015. Betreffend adaptierte Tätigkeiten (wechselbelastend, seltenes Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg, kein Bücken und kein Drehen des Rumpfes) hielt der RAD-Arzt fest, dass diese ab April 2019 zu 50 % und ab Mai 2019 zu 100 % zumutbar seien. Zur Begründung führte er zusammenfassend aus, der Beschwerdeführer sei - sofern seine Lektüre der endlosen Akte exakt sei - seit der Operation der Diskushernien im Februar 2015 als arbeitsunfähig krankgeschrieben gewesen, was zunächst auf das Wiederauftreten von Ischias-Schmerzen, danach auf das Auftreten einer Brachialgie links mit unbestätigtem Verdacht auf eine Myelopathie sowie auf das lange Zögern der Ärzte vor der letzten Operation am 8. April 2019 (recte: 13. Dezember 2018) zurückzuführen sei. Der Fall sei nun stabilisiert (vgl. Dok. 226).

#### **E. 5.7.1**

Nach Erlass des dritten Vorbescheids vom 20. September 2019 reichte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 5. Dezember 2019 ein Schreiben seines Hausarztes Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2019 ein, der seine Verwunderung äusserte, dass dem Beschwerdeführer zwischen 29. Februar 2016 und 1. April 2019 keine Rente zugesprochen worden sei, obwohl er in dieser Zeit in Behandlung bei Spezialisten gewesen sei und sich 2018 sogar einem chirurgischen Eingriff unterzogen habe (vgl. Dok. 241 S. 4).

#### **E. 5.7.2**

Der daraufhin konsultierte RAD-Arzt Dr. med. Ca. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sportmedizin und manuelle Medizin sowie zertifizierter Gutachter SIM, teilte mit Stellungnahmen vom 24. Februar 2020 und vom 6. März 2020 mit, das Schreiben von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2019 liefere keine objektiven

medizinischen Gründe, die die medizinische Beurteilung des RAD zu ändern vermöchten (vgl. Dok. 246-248).

### **E. 5.8**

Schliesslich legte die Vorinstanz das medizinische Dossier während des hängigen Beschwerdeverfahrens zwei Mal auch ihrem IV-internen ärztlichen Dienst zur Beurteilung vor. Die Leiterin des IV-internen ärztlichen Dienstes, Dr. med. W.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, bestätigte mit Stellungnahme vom 9. April 2021, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit seit Dezember 2012 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Ebenso habe aufgrund der beiden chirurgischen Eingriffe jeweils von 13. Februar 2015 bis 20. Dezember 2015 sowie von 13. Dezember 2018 bis 7. April 2018 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit auch für adaptierte Tätigkeiten bestanden. Im Weiteren habe vom 21. Dezember 2015 bis 12. Dezember 2018 in leichten angepassten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden, da eindeutig festgestellt worden sei, dass es keine klare funktionelle Einschränkung und kein objektives klinisches Defizit gebe; dabei sei es aufgrund der anhaltenden Schmerzsymptomatik und deren Entwicklung angemessen, während dieses Zeitraums eine Leistungseinschränkung von 20% anzunehmen. Nach dem zweiten chirurgischen Eingriff habe gemäss Dr. med. G.\_\_\_\_\_ ab 8. April 2019 zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und nach einem Monat, mithin ab 8. Mai 2019 wieder eine solche von 100 % bestanden. Im Weiteren sei im Jahr 2017 eine Begutachtung nicht mehr als notwendig erachtet worden, da die Klinik atypisch gewesen sei und die verschiedenen objektiven Untersuchungen keine signifikanten Befunde ergeben hätten (vgl. BVGer-act. 11 Beilage 2). Diese Einschätzung bestätigte Dr. med. W.\_\_\_\_\_ am 9. Juli 2021 auf erneute Anfrage hin (vgl. BVGer-act. 17 Beilage 2).

### **E. 6**

Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers stützte sich die Vorinstanz einerseits auf die zahlreichen, während des Verfahrens eingeholten Beurteilungen des RAD aus dem Zeitraum vom 1. Oktober 2015 bis 6. März 2020, insbesondere auf diejenigen vom 9. März 2018, vom 13. Mai 2019, vom 24. Februar 2020 sowie vom 6. März 2020 (vgl. Dok. 168, 226, 246 und 248). Diese dienten der ursprünglich angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2020 als Grundlage. Im Weiteren diene die Stellungnahme des IV-internen Dienstes vom 9. April 2021 (vgl. BVGer-act. 11 Beilage 2) der pendente lite erlassenen Wiedererwägungsverfügung vom 20. April 2021 als Entscheidungsgrundlage. Die diversen von der Vorinstanz konsultierten Ärzte haben den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen.

### **E. 6.1**

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

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

### **E. 6.2**

Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die 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\_647/2020 vom 26. August 2021 E. 4.2 mit Hinweisen; 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten es dem RAD erlaubten, sich ein umfassendes Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Verlauf und gegenwärtiger Status) und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

### **E. 6.3**

Den RAD-Ärzten standen für deren Aktenbeurteilung im Rahmen der Neuanschuldung die zahlreichen unter E. 5 dargelegten medizinischen Berichte aus Frankreich aus dem Zeitraum von Januar 2015 bis Oktober 2019 zur Verfügung. Aus diesen Berichten ergibt sich, dass die Beurteilung des Falls durch eine sich als atypisch präsentierende Klinik erheblich erschwert wurde (vgl. z.B. Stellungnahme von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 1. April 2016, wonach die Diskushernie L4/L5 nicht zur präsentierten Klinik passe [Dok. 98 S. 4]). Dennoch konnten sich die RAD-Ärzte zumindest in diagnostischer Hinsicht aufgrund der zur Verfügung stehenden Akten ein entsprechendes Bild machen. Gemäss den oben aufgeführten Berichten leidet der Beschwerdeführer an somatischen Beschwerden, wobei zuerst die aufgrund des Verhebetraumas vom November 2012, infolge dessen eine Diskushernie auf der Höhe L4/L5 festgestellt wurde, bestehenden lumbalen Beschwerden im Vordergrund standen; danach (spätestens ab April 2016; eventuell auch bereits früher [vgl. dazu E. 6.6 hiernach]) kamen zervikale Beschwerden hinzu, die durch eine Diskushernie bei C5/C6, welche in Kontakt mit dem Rückenmark kam, verursacht wurden. Sowohl die Diskushernie bei L4/L5 (im Februar 2015) als auch die Diskushernie bei C5/C6 (im Dezember 2018) wurden chirurgisch behandelt. Aufgrund der Akten ist in diagnostischer Hinsicht somit widerspruchsfrei erstellt, dass beim Beschwerdeführer als Diagnosen ein Status nach Operation der Diskushernie L4/L5 im Februar 2015 aufgrund einer Femoralgie links mitsamt einer sich daraus entwickelten chronischen Lumboischialgie (ICD-10 M47.2) sowie ein Status nach Foraminotomie und Arthrodesen C6 im Dezember 2018 infolge einer Zervikobrachialgie bei Diskushernie C5/C6 zu stellen sind. Dabei wurden die beiden operativ versorgten Leiden an der LWS und HWS als Hauptdiagnosen und die chronische Lumboischialgie als Nebendiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft. Im Weiteren ist widerspruchsfrei erstellt, dass sich ein anfänglich geäussertes Verdacht auf eine zervikale Myelopathie eindeutig nicht bestätigt hat, und dass der zweite chirurgische Eingriff im Dezember 2018 die Leiden des Beschwerdeführers behoben hat (vgl. die Aussagen des Beschwerdeführers in BVGer-act. 1

S. 7 f. Ziff. 5 und in BVGer-act. 21 S. 2 drittletzter Absatz). In dieser Hinsicht ist die Aktenbeurteilung der RAD-Ärzte nicht zu beanstanden.

#### **E. 6.4**

Nicht zu beanstanden ist im Weiteren die Beurteilung der RAD-Ärzte, wonach dem Beschwerdeführer schwere körperliche Arbeiten - wie seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Landschaftsgärtner - nicht mehr zumutbar sind, wird doch diese Einschätzung von sämtlichen Ärzten einhellig vertreten. Dabei ist präzisierend festzuhalten, dass die entsprechende Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom 28. November 2012 besteht (vgl. die Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 5. April 2013 [Dok. 11 S. 35 f.] und vom Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 10. September 2013 inkl. Ergänzung vom 23. September 2013 [Dok. 11 S. 22 ff.] sowie die Stellungnahme von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2013 im Rahmen des ersten Gesuchsverfahrens [Dok. 28]) und nicht - wie dies insbesondere von Dr. med. T. \_\_\_\_\_ jeweils festgehalten wurde (vgl. z.B. Dok. 226) - erst seit Februar 2015 (demgegenüber legte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ den Beginn der Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf immerhin auf Dezember 2012 fest [vgl. z.B. Dok. 98]). Anzeichen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers dermassen gebessert habe, dass ihm die angestammte Tätigkeit zwischenzeitlich wieder zumutbar gewesen wäre, finden sich nicht in den Akten. Im Gegenteil. Nach der rentenablehnenden Verfügung vom 4. Juni 2014 (Dok. 35) hielt der Hausarzt am 8. Juli 2014 fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund der anhaltenden Beschwerden den bisherigen Beruf nicht mehr ausüben könne und sich umorientieren müsse (vgl. Dok. 37).

#### **E. 6.5**

Hingegen bestehen in Bezug auf die weiteren Aspekte der Aktenbeurteilung gewisse Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit. Der Beschwerdeführer weist in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hin, dass beim Bestehen von auch nur geringen Zweifeln nicht darauf abgestellt werden kann. So bestehen zunächst an der RAD-ärztlichen Beurteilung betreffend die Auswirkungen der gesundheitlichen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten gewisse Zweifel.

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

Zwar ist unbestritten, dass der chirurgische Eingriff an der LWS vom 13. Februar 2015 (Diskektomie auf der Höhe L4/L5) ab diesem Datum - zumindest vorübergehend - eine vollständige Arbeitsunfähigkeit begründet hat. Jedoch wurde bereits die Frage, wie lange die vollständige Arbeitsunfähigkeit infolge des chirurgischen Eingriffs vom Februar 2015 andauerte, von den diversen von der Vorinstanz konsultierten Ärzten unterschiedlich beurteilt. Während die erstbeurteilende RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, in ihren Stellungnahmen vom 1. April 2016, vom 14. Juli 2016, vom 15. Dezember 2016 sowie vom 19. Januar 2017 ab dem 12. Februar 2015 lediglich für zwei Monate eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. Dok. 98, 113 und 125), bescheinigte der RAD-Arzt Dr. med. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, eine auf die LWS-Leiden gründende länger andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit zumindest bis zum 18. Dezember 2015 (vgl. insb. vermeintlich abschliessende Stellungnahme vom 9. März 2018 [Dok. 168]).

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

Dr. med. J. \_\_\_\_\_ schien dabei ihre Einschätzung lediglich auf den Formularbericht E 213 von Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 1. September

2015 gestützt zu haben. Dieser Bericht basiert zwar auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers; da sich die französische Ärztin weder eingehend mit den geklagten Beschwerden (vgl. Ziff. 3 des Formularberichts) auseinandergesetzt noch ihre Beurteilung der Leistungsfähigkeit in irgendeiner Weise begründet hat, erfüllt dieser Bericht indessen nicht sämtliche von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen (vgl. E. 4.7 hiervor) und eignet sich daher nicht als Grundlage für eine reine Aktenbeurteilung. Dies umso weniger, als dieser Bericht in Frankreich offensichtlich ein medizinisches Streitverfahren auslöste, im Rahmen dessen im Einvernehmen zwischen dem behandelnden Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ und Dr. med. M. \_\_\_\_\_ der Neurochirurg Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ als externer Sachverständiger eingesetzt wurde, um die Frage zu klären, ob der Beschwerdeführer im September 2015 arbeitsfähig gewesen sei; dies hat Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 23. Mai 2016 (Dok. 111) klar verneint, was jedoch von der RAD-Ärztin nach dessen Vorlage am 4. Juli 2016 überhaupt nicht beachtet und diskutiert wurde. Im Zusammenhang mit dem Bericht von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 23. Mai 2016 erwähnte sie lediglich, dass aufgrund der erstmals erwähnten zervikalen Leiden und dem in diesem Zusammenhang geäußerten Verdacht auf eine zervikale Myelopathie weitere Abklärungen notwendig seien (vgl. Dok. 113).

### **E. 6.5.3**

Demgegenüber gewichtete Dr. med. T. \_\_\_\_\_ im Rahmen seiner Stellungnahme vom 9. März 2018 den Umstand, dass der chirurgische Eingriff vom Februar 2015 lediglich für eine kurze Zeit eine Linderung der Schmerzen erzielt hat (vgl. hierzu noch den Verlaufsbericht von Dr. med. Hricu vom 19. März 2015 [Dok. 95]) sowie den Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2015 [Dok. 96], in welchem wieder deutliche Rückenbeschwerden beschrieben wurden) und deshalb von den behandelnden Ärzten weitere Untersuchungen getätigt wurden, offensichtlich anders. Denn zur Begründung seiner Einschätzung wies Dr. med. T. \_\_\_\_\_ darauf hin, dass erst aufgrund der zusätzlichen - nach der vertrauensärztlichen Untersuchung in Frankreich vom 1. September 2015 erfolgten - Untersuchungen betreffend die LWS (CT-Untersuchung vom 17. September 2015 [Dok. 83], MRT-Untersuchung vom 1. Dezember 2015 [Dok. 80] und insb. neurologische Untersuchung vom 18. Dezember 2015 [Dok. 81]) ein Rezidiv der lumbalen Diskushernie wie auch eine Indikation zur erneuten Operation ausgeschlossen werden konnten. Dr. med. T. \_\_\_\_\_'s Beurteilung betreffend den Zeitraum von Februar 2015 bis Dezember 2015, der sich offensichtlich auch die Chef-Ärztin des IV-internen medizinischen Dienstes, Dr. med. W. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, mit im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens eingeholter Stellungnahme vom 9. April 2021 angeschlossen hat (vgl. Beilage 2 zu BVGer-act. 11), erscheint aufgrund seiner Begründung und aufgrund des Umstands, dass er sich im Gegensatz zu Dr. med. J. \_\_\_\_\_ mit sämtlichen aus dem betreffenden Zeitraum stammenden Berichten auseinandergesetzt hat, zumindest als plausibel.

### **E. 6.5.4**

Allerdings erweisen sich auch die diversen Beurteilungen von Dr. med. T. \_\_\_\_\_ insgesamt als nicht hinreichend schlüssig und nachvollziehbar. Insbesondere bezüglich des weiteren Verlaufs lassen dessen diversen Stellungnahmen kein nachvollziehbares und schlüssiges Bild zu. Nachdem der RAD-Arzt mit - vermeintlich abschliessender - Stellungnahme vom 9. März 2018 zunächst noch festgehalten hatte, seit dem 21. Dezember 2015 (recte: 18. Dezember 2015) habe eine volle Arbeitsfähigkeit in angepassten

Tätigkeiten bestanden, führte er schliesslich in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 13. Mai 2019 aus, dass der Beschwerdeführer - sofern seine Lektüre des Dossiers exakt sei - seit der Operation vom Februar 2015 durchgehend krankgeschrieben worden sei; der Grund der fortgesetzten Krankschreibung sei zunächst das Wiederauftreten von Ischias-Schmerzen, dann das Auftreten einer Zervikobrachialgie links mit unbestätigtem Verdacht auf Myelopathie sowie schliesslich das lange Zögern der Ärzte vor der letzten Operation am 8. April 2019 (recte: 13. Dezember 2019) gewesen. Aufgrund dieser Ausführungen hielt er schliesslich fest, dass, nachdem der Fall nun stabilisiert sei, ab dem 8. April 2019 (recte: 8. Mai 2019) funktionelle Einschränkungen sowie eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leichteren Tätigkeit zu berücksichtigen seien (vgl. Dok. 226).

#### **E. 6.5.4.1**

Isoliert betrachtet, könnten die am 13. Mai 2019 getätigten Ausführungen tatsächlich gemäss Ansicht des Beschwerdeführers dahingehend interpretiert werden, dass im gesamten Zeitraum von Februar 2015 bis 8. April 2019 (Datum der schrittweisen Wiederaufnahme einer Tätigkeit im Umfang von 50 %) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Jedoch ist auch zu beachten, dass derselbe RAD-Arzt am 7. Januar 2019, als er aufgrund des Berichts von Dr. med. V. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2018 (Dok. 201) erfuhr, dass der Beschwerdeführer entgegen früherer Aussagen nun doch operiert werde, noch darauf hingewiesen hat, der Gesundheitszustand habe sich in der Zwischenzeit, das heisst, seit seiner Stellungnahme vom 9. März 2018, nicht verschlechtert; vielmehr ergebe sich die Operationsindikation aus einer medizinisch unterschiedlichen Interpretation einer identischen Situation (chronische Pseudobrachialgie) durch denselben Chirurgen (vgl. Dok. 203). Aufgrund dieser Ausführungen liesse sich somit auch die vorinstanzliche Ansicht vertreten, dass erst ab dem Datum der zweiten Operation vom 13. Dezember 2018 wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Insgesamt bleibt jedoch unklar, ob die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. T. \_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2019 im Sinne der vom Beschwerdeführer vertretenen Ansicht (d.h., als alleinstehende umfassende abschliessende Stellungnahme, so dass durchgehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren sei) oder im Sinne der von der Vorinstanz vertretenen Ansicht (d.h., als Ergänzung zur Stellungnahme vom 9. März 2018, so dass erst ab dem 13. Dezember 2018 wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren sei) zu verstehen ist.

#### **E. 6.5.4.2**

Die im Rahmen des dritten Vorbescheidverfahrens eingeholten ergänzenden Stellungnahmen des RAD vom 24. Februar 2020 und vom 6. März 2020 können diese Unklarheiten nicht beseitigen, zumal sie nicht von Dr. med. T. \_\_\_\_\_, sondern von Dr. med. Ca. \_\_\_\_\_ verfasst wurden (vgl. Dok. 246 und 248). Auch die im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens eingeholten Stellungnahmen von Dr. med. W. \_\_\_\_\_ vom 9. April 2021 und vom 9. Juli 2021 vermögen diese Unklarheiten nicht zu beseitigen. Im Gegenteil. Die Chef-Ärztin des IV-internen medizinischen Dienstes beurteilt die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten noch einmal anders, indem sie im Zeitraum vom 21. Dezember 2015 (recte: 18. Dezember 2015) bis 12. Dezember 2018 bei einem Pensum von 100 % eine Leistungsminderung von 20 % aufgrund fortbestehender Schmerzen attestiert (vgl. Beilage 2 zu BVGer-act. 11 und Beilage 2 zu BVGer-act. 17).

### **E. 6.5.5**

Bereits aufgrund der soeben dargelegten Unklarheiten bezüglich der von Dr. med. T. \_\_\_\_\_ verfassten Stellungnahmen und aufgrund der sich widersprechenden Beurteilungen der verschiedenen von der Vorinstanz konsultierten Ärzte kann nicht auf die reinen Aktenbeurteilungen abgestellt werden. Ebenso wenig kann auf die in den Akten nur spärlich vorhandenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der behandelnden Ärzte abgestellt werden, da sie einerseits nicht den von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen (E. 4.7 hiervor) genügen und andererseits ohnehin lediglich eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf attestieren. Vielmehr geben bereits die sich widersprechenden Auffassungen der konsultierten Ärzte - worauf der Beschwerdeführer zutreffend hinweist - Anlass zu ergänzenden Abklärungen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4).

### **E. 6.6**

Im Weiteren begründet auch der Umstand, dass die IV-Ärzte offensichtlich nicht über sämtliche medizinischen Berichte verfügten, gewisse Zweifel an deren Aktenbeurteilung. So kann dem Gutachten von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 23. Mai 2016 entnommen werden, dass offenbar vorgängig ein von den Ärzten Dres. med. M. \_\_\_\_\_ (französische Vertrauensärztin) und G. \_\_\_\_\_ (Hausarzt) unterzeichnetes Gutachtensprotokoll vom 22. September erstellt wurde, das sich jedoch nicht in den Akten befindet (vgl. Dok. 111 S. 1). Demselben Gutachten kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer am 21. Januar 2016 offenbar von einem gewissen Dr. med. Da. \_\_\_\_\_ untersucht wurde (vgl. Dok. 111 S. 2 Abs. 3; vgl. auch den Hinweis von Dr. med. X. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 14. Juni 2016 [Dok. 183]). Dieser Bericht könnte ebenfalls wichtige Hinweise bezüglich des weiteren Gesundheitsverlaufs ab Januar 2016 enthalten. Dies umso mehr, als im Gutachten von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 23. Mai 2016 eine Schwäche der beiden oberen Gliedmassen erwähnt wird, welche (zum Zeitpunkt der Begutachtung) seit etwa 6 Monaten bestehe. Dies ist ein Indiz, dass die zervikalen Beschwerden bereits früher entstanden sein könnten, mithin auch vor dem 16. April 2016 als mittels MRT eine Diskushernie bei C5/C6 entdeckt wurde. Zudem ist aufgrund der Akten unklar, was der Anlass für die MRT-Untersuchung der HWS vom 16. April 2016 war, nachdem sich zuvor sämtliche medizinischen Untersuchung auf den Bereich der LWS beschränkt hatten. Hierzu müsste ein ärztlicher Bericht mit entsprechenden Befunderhebungen vorhanden sein, aufgrund dessen die MRT-Untersuchung der HWS als indiziert erachtet wurde. Im Weiteren äussert sich die Neurologin Dr. med. N. \_\_\_\_\_ in ihrer Bescheinigung vom 17. Februar 2017 zu einer Stellungnahme eines Dr. med. U. \_\_\_\_\_, dessen Bericht sich ebenfalls nicht in den Akten befindet (vgl. Dok. 132). Schliesslich kann den vorinstanzlichen Akten auch entnommen werden, dass das Versicherungsgericht (...) im November 2019 auch eine medizinische Untersuchung angeordnet hat, mit deren Anordnung sich der Beschwerdeführer am 2. Dezember 2019 einverstanden erklärte (vgl. Dok. 244). Zwar ist nicht ersichtlich, ob diese Untersuchung noch vor Verfügungserlass vom 27. Oktober 2020 stattgefunden hat. Infolge des Hinweises des Beschwerdeführers vom 17. Dezember 2020 hätte die Vorinstanz aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes zumindest abklären müssen, ob dieses bereits vorliege.

### **E. 6.7**

Schliesslich ist auch darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz davon auszugehen scheint, die spätestens ab April 2016 nachgewiesenen zervikalen Beschwerden seien auf dasselbe Leiden zurückzuführen, wendet sie doch in casu Art. 29bis IVV an (Wiederaufleben der

Invalidität; vgl. Begründung der Wiedererwägungsverfügung vom 22. April 2021 [BVGer-act. 11 Beilage 6 S. 2]). Zwar erscheint diese vorinstanzliche Schlussfolgerung aufgrund des Umstands, dass es sich bei den zervikalen Beschwerden ebenfalls um ein die Wirbelsäule betreffendes Leiden handelt, als verständlich. Aufgrund der unvollständigen Akten bleibt jedoch unklar, ob diese Schlussfolgerung zulässig ist. Jedenfalls haben die Ärzte nie explizit dazu Stellung genommen, ob es sich bei den auf die HWS zurückzuführenden Beschwerden tatsächlich um Folgeerscheinungen der zu Beginn im Vordergrund stehenden LWS-Beschwerden handelt, oder ob diese medizinisch gesehen als neuer Gesundheitsschaden einzustufen sind, wodurch ein neuer Versicherungsfall begründet würde mit der Folge, dass die Wartezeit von einem Jahr erneut zu erfüllen wäre (vgl. BGE 140 V 2 E. 5.2). Diese Frage ist vollständig ungeklärt geblieben.

#### **E. 6.8**

Aus dem insgesamt Ausgeführten ergibt sich, dass die medizinische Aktenlage unvollständig ist. Insbesondere sind dabei die Auswirkungen der somatischen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten und der entsprechende Verlauf über den gesamten Zeitraum vollständig ungeklärt geblieben. Ebenso ist auch die Frage vollständig ungeklärt geblieben, ob es sich bei den spätestens am 13. April 2016 festgestellten HWS-Beschwerden um Folgeerscheinungen der zu Beginn im Vordergrund stehenden LWS-Beschwerden handelt, oder ob diese medizinisch gesehen als neuer Gesundheitsschaden einzustufen sind. Mangels eines lückenlos feststehenden medizinischen Sachverhalts kann mithin nicht auf die Aktenbeurteilung der diversen RAD-Ärzte als Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden. Viel mehr bestehen aufgrund des soeben Dargelegten an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahmen des RAD wie auch des IV-internen medizinischen Dienstes erhebliche Zweifel. Dies konnte vor Verfügungserlass nur Anlass zu weiteren Abklärungen geben. Daraus folgt, dass die Vorinstanz den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend daher nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat.

#### **E. 7.1**

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 die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren noch kein externes Gutachten eingeholt, sondern sich lediglich auf die - wie dargelegt - ungenügenden Aktenbeurteilungen des RAD wie auch des IV-internen medizinischen Dienstes gestützt hat, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist demzufolge insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 20. April 2021 aufzuheben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen des rechtserheblichen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

#### **E. 7.2**

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, zunächst das medizinische Dossier unter Mitwirkung des Beschwerdeführers und des französischen Sozialversicherungsträgers möglichst lückenlos zu vervollständigen sowie à jour zu bringen und danach unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte ein externes interdisziplinäres medizinisches Gutachten zu veranlassen insbesondere zur Klärung der Frage, welche Auswirkungen und in welchem Umfang die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Landschaftsgärtner als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehen. Zwar sind gemäss den eigenen Ausführungen des Beschwerdeführers die gesundheitlichen Probleme offenbar nunmehr behoben. Dennoch drängt sich vorliegend der Vollständigkeit halber auch eine aktuelle persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers auf, da die vorliegend umstrittene medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten ebenfalls lediglich auf der (mangelhaften) Aktenbeurteilung beruhte und nicht auf einer eingehenden interdisziplinären medizinischen Untersuchung. Zudem kann damit allenfalls eingetretenen Veränderungen des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ab Oktober 2020 ebenfalls Rechnung getragen werden. Die retrospektive Beurteilung der Leistungsfähigkeit hat demgegenüber im Rahmen der Begutachtung zwangsläufig aufgrund der vervollständigten und à jour gebrachten medizinischen Akten zu erfolgen. Aufgrund der medizinischen Aktenlage geboten erscheint ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Wirbelsäulen-Orthopädie sowie Neurologie, allenfalls auch Neurochirurgie. Ob allenfalls weitere Spezialisten beizuziehen sind (etwa Rheumatologie), ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1), und sie letztverantwortlich sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.3). Mit Blick auf das Beweisthema (rechtserhebliche Änderung des Gesundheitszustands seit der letzten rentenablehnenden Verfügung vom 4. Juni 2014) haben die Gutachter betreffend den zu beurteilenden Zeitraum die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sinnvollerweise ab dem 5. Juni 2014 bis zum Zeitpunkt der neuen Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen. Dabei haben sie sich insbesondere auch zur entscheidenerheblichen Frage zu äussern, inwiefern sich der Gesundheitszustand im Vergleich zu jenem gemäss den Gutachten von 2013 verändert hat und mit welcher Änderung auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere auch für eine angepasste Tätigkeit (vgl. oben E. 5.1.2). Ebenso haben sie auch dazu Stellung zu nehmen, ob das erst im Verlauf des hängigen Gesuchsverfahrens aufgetretene, spätestens am 13. April 2016 festgestellte HWS-Leiden aus medizinischer Sicht mit dem Lumballeiden in Zusammenhang steht oder ob es sich um ein davon unabhängiges neues Leiden handelt. Die Vergabe des polydisziplinären Gutachtens hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). Dem Beschwerdeführer ist das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.). Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu

ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV).

## **E. 8**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 8.1**

Dem Beschwerdeführer wurde am 16. März 2021 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt und Advokat Guido Ehrler wurde als sein unentgeltlicher Rechtsbeistand ernannt. Angesichts des Ausgangs des Verfahrens bleibt dies ohne Rechtsfolgen, da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt. Weder dem Beschwerdeführer noch der Vorinstanz sind demnach Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 e contrario und 2 VwVG; vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1).

#### **E. 8.2.1**

Der durch einen Schweizer Anwalt vertretene Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz für die ihm erwachsenen notwendigen Kosten der Vertretung. Der Rechtsvertreter hat mit Eingabe vom 29. September 2021 eine Honorarnote eingereicht und ein Honorar von insgesamt Fr. 3'418.50 (Gesamtaufwand von 13.25 Stunden à Fr. 250.- und Auslagen von Fr. 106.- [186 Kopien à Fr. 0.25 und Porti von Fr. 59.50]) geltend gemacht (vgl. BVGer-act. 21 Beilage).

#### **E. 8.2.2**

Zu Recht wird keine Entschädigung für die Mehrwertsteuer beantragt, da eine solche für die anwaltliche Vertretung von Personen mit Wohnsitz im Ausland nicht geschuldet ist (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a MWSTG [SR 641.20] in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE). Der geltend gemachte Stundenansatz von Fr. 250.- entspricht einem im Bereich der Invalidenversicherung gerichtlichen Stundenansatz (vgl. etwa Urteile des BVGer C-6306/2013 vom 21. April 2015 und C-8623/2010 vom 13. Februar 2013 E. 9.2). Im Weiteren erscheint der geltend gemachte Aufwand für das Aktenstudium, für die Ausfertigung der Rechtsschriften im vorliegenden Beschwerdeverfahren (Beschwerde vom 1. Dezember 2020, Replik vom 28. Juni 2021 sowie Stellungnahme zur Duplik vom 29. September 2021), für die Besprechungen mit dem Beschwerdeführer sowie für die diversen Korrespondenzen unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Entschädigungen noch als angemessenen. Allerdings ist in der eingereichten Honorarnote der nachträglich entstandene Aufwand für die Stellungnahme vom 14. September 2022 im Rahmen des gewährten rechtlichen Gehörs betreffend die vom Gericht beabsichtigte Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung noch nicht berücksichtigt. Dieser ist zusätzlich zu vergüten; für die knapp eine halbe Seite umfassende Stellungnahme ist zusätzlich ein Betrag von Fr. 125.- (0.5 Std. à Fr. 250.-) zu berücksichtigen. Aufgrund des Dargelegten ist dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 3'543.50 (inkl. Auslagen; exkl. Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

## **E. 9**

E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision – 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).

## E. 12

März 2015 und vom 9. Mai 2015 [Dok. 53 und 58]). 5.2.2 Am 1. Oktober 2015 nahm die konsultierte RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für allgemeine Medizin und zertifizierte Gutachterin SIM, zum vorgelegten Dossier Stellung und stellte die Diagnose Lumbo-ischialgie links. Im Weiteren führte sie aus, radiologisch seien degenerative Diskusveränderungen mit einer intraforaminalen Hernie L4 links bereits im Januar 2014 festgehalten. Eine detaillierte neurologische Untersuchung im September 2013 habe aber keinerlei radikuläre Symptomatik feststellen können. Für den Zeitraum zwischen September 2013 und Januar 2015 lägen indes keine Informationen vor. Am 20. Januar 2015 sei eine CT-gesteuerte Infiltration erfolgt, welche offensichtlich zu mehr Schmerzen geführt habe. Über eine (anscheinend) am 13. Februar 2015 durchgeführte Operation und den weiteren Verlauf lägen keine Informationen vor. Anhand der vorliegenden Informationen müsse sie davon ausgehen, dass die Operation die Exstirpation der Diskushernie L4 links betroffen habe, welche eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 2 bis 3 Monaten zur Folge habe. Sie nehme aber kaum an, dass die Beschwerden nun besser würden, sondern eher schlechter. Eine Arbeitsfähigkeit in einer schweren Tätigkeit sei bereits im November 2013 verneint worden. Mit den vorliegenden Unterlagen sei weiterhin davon auszugehen, dass – mit einem Unterbruch von ca. 3 Monaten perioperativ – in einer angepassten Tätigkeit, wie sie 2013 formuliert worden sei, eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Sollten genauere Angaben nötig sein, müssten die Unterlagen mit Verlaufsberichten betreffend den Zeitraum von September 2013 bis Januar 2015 mit Symptomen und konkreten klinischen Befunden, Unterlagen betreffend die Operation vom 13. Februar 2015 sowie betreffend den Verlauf nach der Operation eingeholt werden (vgl. Dok. 71).

C-6068/2020 Seite 17 5.2.3 Auf Nachfrage seitens der Vorinstanz vom 6. Oktober 2015 (Dok. 72) hin teilte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ am 23. Oktober 2015 mit, dass ein Austrittsbericht betreffend die vom 12. bis 16. Februar 2015 dauernde Hospitalisation, der Operationsbericht vom 13. Februar 2015 sowie ein orthopädischer Verlaufsbericht mit Ausführungen zum Verlauf zwischen September 2013 bis Januar 2015 sowie zum Verlauf ab dem 18. Februar 2015 einzuholen seien (vgl. Dok. 73). 5.3 In der Folge hat die Vorinstanz das Dossier mit den folgenden (sowohl vor als auch nach der Operation vom 13. Februar 2015 erstellten) Berichten ergänzt: 5.3.1 5.3.1.1 Im Sommer 2014 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, untersucht (vgl. dessen Bestätigung an den Hausarzt vom 16. Juni 2014, den Beschwerdeführer möglichst umfassend zu untersuchen, einschliesslich einer Doppleruntersuchung der unteren Gliedmasse, einer Untersuchung auf genetische Erkrankungen sowie einer Knochen-Szintigraphie [Dok. 90]). Mit Bericht vom 3. Juli 2014 teilte der Facharzt mit, das Untersuchungsergebnis sei normal ausgefallen; die Knochenszintigraphie habe keine grösseren Beeinträchtigungen angegeben und die Doppleruntersuchung der unteren Extremitäten habe sowohl arteriell als auch venös im Normalbereich gelegen. Auch ein Morbus Bechterew habe aufgrund des negativen

HLA-B27-Tests ausgeschlossen werden können (vgl. Dok. 91). 5.3.1.2 Im MRT-Bericht betreffend die LWS vom 16. Dezember 2014 stellte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, eine posteromediale Bandscheibenprotrusion L4/L5 links mit linksseitiger foraminaler Komponente fest, die eine linksseitige L4- und/oder L5-Symptomatik erklären könne. Ebenso stellte er einen konstitutionell bedingt mässig abgestuften engen Lumbalkanal fest (vgl. Dok. 93). 5.3.2 5.3.2.1 Im undatierten Bericht zuhanden des Hausarztes berichtete der Chirurg Dr. med. I. \_\_\_\_\_ über die vom 12. bis 16. Februar 2015 dauernde stationäre Behandlung des Beschwerdeführers. Eine neurologische Untersuchung habe zwar ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei einem Finger-Boden-Abstand von 40 cm ergeben, jedoch habe eine radikuläre Schädigung ausgeschlossen werden können. Das Lasègue-Zeichen

C-6068/2020 Seite 18 sei negativ gewesen; im Weiteren seien keine motorischen Defizite erhoben und überdies symmetrische Reflexe festgestellt worden. Am 13. Februar 2015 sei über einen transforaminalen Zugang eine Herniotomie auf der Ebene L4/L5 links durchgeführt worden. Schliesslich sei der Beschwerdeführer bei günstigem Verlauf ohne Schmerzen und Defizite entlassen worden (vgl. Dok. 94). Im Verlaufsbericht vom 19. März 2015 berichtete Dr. med. I. \_\_\_\_\_ schliesslich von einem zufriedenstellenden klinischen Verlauf. Der postoperative Verlauf sei (weiterhin) günstig und der Beschwerdeführer habe keine Schmerzen mehr. Ebenso sei die neurologische Untersuchung in der Norm gewesen (vgl. Dok. 95). 5.3.2.2 Gemäss Bescheinigung des Hausarztes Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2015 habe der Beschwerdeführer allerdings drei Monate danach (wieder) über anhaltende schlafräuhende Wirbelsäulenschmerzen geklagt, die ihn zwingen würden, nachts die Position zu wechseln; ebenso könne er Steh- und Sitzpositionen nicht lange halten, da dies zu Schmerzen führe. Der Beschwerdeführer benötige derzeit immer noch Pflege, und sein Krankheitsbild erlaube es ihm nicht, seinen früheren Beruf als Landschaftsgärtner wiederaufzunehmen; es müsse eine Umschulung in Betracht gezogen werden (vgl. Dok. 96). 5.3.3 Im Weiteren wurde der Beschwerdeführer am 1. September 2015 Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Vertrauensärztin der französischen "Caisse Primaire d'Assurance Maladie (...)", untersucht. Im Formularbericht E 213 vom 1. September 2015 hielt die Ärztin ebenfalls fest, dass der Beschwerdeführer aktuell über anhaltende Schmerzen im Bereich der Rückseite der linken unteren Gliedmasse klagt, aufgrund welcher er nicht lange sitzen und auch nichts mehr heben könne. Ihre Untersuchungen der Wirbelsäule hätten einen Fuss-Boden-Abstand von 30 cm, eine Inklination von 30° sowie eine Rotation von 40° ergeben. Die Beweglichkeit der oberen und unteren Gliedmasse sei in der Norm gewesen. Auch die neurologische Untersuchung habe normale Befunde bezüglich Bewegungen (inkl. Kraft und Tonus) und Gang gezeigt. Ebenso seien die Reflexe vorhanden und symmetrisch gewesen. Gestützt auf ihre eigenen Untersuchungsergebnisse sowie in Kenntnis diverser medizinischer Berichte aus dem Zeitraum 22. Januar 2013 bis 27. Juli 2015 (vgl. Auflistung unter Ziff. 5.6; diese – teilweise bereits aktenkundigen – Berichte wurden am 7. März 2016 zusammen mit dem vorliegenden Formularbericht ebenfalls an die Vorinstanz übermittelt [vgl. Dok. 88-96]) stellt Dr. med. M. \_\_\_\_\_ die Diagnose Radikulopathie ohne Defizite bei lumbaler Diskushernie (ICD-10: M51). Zusammenfassend hielt sie fest, der Verlauf sei

C-6068/2020 Seite 19 nach der chirurgischen Behandlung trotz verbleibender neuropathischer Schmerzen günstig. Der Beschwerdeführer könne leichte adaptierte Tätigkeiten vollschichtig ausüben, wobei das wiederholte Beugen sowie das Heben und Tragen

von Lasten zu vermeiden seien. Die letzte Tätigkeit als Landschaftsgärtner sei ihm hingegen nicht mehr zumutbar (vgl. Dok. 79). 5.3.4 5.3.4.1 Weitere aufgrund der anhaltenden Schmerzen durchgeführte bild- gebende Untersuchungen der LWS beim Radiologen Dr. L. \_\_\_\_\_ vom

## **E. 17**

September 2015 (CT-Untersuchung der LWS [Dok. 83]) und vom 1. Dezember 2015 (MRT der LWS [Dok. 80]) zeigten einerseits eine mini- male kleine Bandscheibenprotrusion L5-S1 ohne Kompression, anderer- seits eine eher links lateralisierte Bandscheibenprotrusion L4-L5 postero- medial, die in Kontakt mit der linken L5-Wurzel komme, was die Sympto- matik vom Typ L5 links erklären könnte. 5.3.4.2 In Kenntnis des obgenannten MRT teilte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ dem Hausarzt am 18. Dezember 2015 (vgl. Dok. 81) mit, dass der Beschwerde- führer seit einigen Wochen ein Lumbovertrealsyndrom aufweise; es be- stehe aber keine objektive Wurzelschädigung. Wegen der Tätigkeit des Be- schwerdeführers als Landschaftsgärtner habe er die Krankschreibung zwei Mal verlängert. Das MRT liege in der Norm; es gebe kein Hernienrezidiv und keine Restkompression. Er stelle eher ein beidseitiges Gelenksyndrom auf der Höhe L4/L5 fest. Als Klammerbemerkung warf er die Frage einer erneuten Infiltration auf (bezüglich der Interpretation der Klammerbemer- kung vgl. auch den später erstellten Bericht der Neurologin Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 24. November 2016, in welchem darauf hingewiesen wird [Dok. 123 S. 1 Abs. 5, E. 5.4.5 hiernach]). 5.3.4.3 Am 4. Februar 2016 stellte der Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ ein Rezept für Massagesitzungen sowie Physiotherapie und Rehabilitation be- treffend die gesamte Wirbelsäule aus (vgl. Dok. 82). 5.3.5 Gestützt auf diese neu unterbreiteten Unterlagen bestätigte die RAD- Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ am 1. April 2016 die Diagnose Lumboischialgie links. Im Weiteren führte sie aus, es handle sich um ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne neurologische Ausfälle bei radiologisch mässigen Veränderungen. Die klinisch geschilderte Schmerzausstrahlung respektive Klinik passe nicht zur im MRT gefundenen Diskushernie L4/L5 links, son- dern zu S2. Dementsprechend habe sich auch nach der Operation nichts C-6068/2020 Seite 20 geändert. Es bestünden daher chronische Rückenschmerzen mit nur pseu- doradikulärer Symptomatik. Eine neurologische Ausfallsymptomatik habe nie dokumentiert werden können. Angesichts des jungen Patientenalters und der doch schon vorhandenen Abnützungserscheinungen an der Wir- belsäule, müsse von einer gewissen Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule ausgegangen werden. Körperlich schwere Arbeiten seien nicht zumutbar. Demgegenüber seien mit einem Unterbruch von ca. zwei Monaten um das Operationsdatum vom 13. Februar 2015 adaptierte Tätigkeiten, die eine gewisse Rückenschonung resp. -hygiene erlaubten, voll zumutbar (vgl. Dok. 98). 5.4 Nach Erlass des ersten abschlägigen Vorbescheids vom 21. April 2016 reichte der Beschwerdeführer die folgenden Unterlagen ein: 5.4.1 Am 31. März 2016 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, mittels EMG untersucht. Im dazu ergangen Bericht vom 4. April 2016 führte der Arzt aus, die osteotendinöse Reflexe seien symmetrisch und die segmen- tale Muskelkraft sei normal. Der Beschwerdeführer beklage eine globale Hypästhesie im linken Bein distal. Es gebe jedoch keine Zeichen für einen radikulären Bandscheibenkonflikt. Es bestehe eine ausgeprägte schmerz- haftbedingte Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule; ebenso sei die linke peritrochantäre Region bei Palpation schmerzhaft. Schliesslich hielt Dr. med. O. \_\_\_\_\_ zusammenfassend fest, die elektroneuromyografi- sche Untersuchung habe

keine Auffälligkeiten gezeigt. Insbesondere gebe es keine Hinweise auf ein kürzlich erfolgtes oder fortschreitendes tronkuläres oder radikuläres Leiden. Der Arzt empfahl eine Physiotherapie (vgl. Dok. 105). 5.4.2 Im Rahmen einer MRT-Untersuchung des Rückenmarks vom 13. April 2016 konnten eine Myelitis oder eine zervikale Myelopathie ausgeschlossen werden. Jedoch bestehe auf der Ebene C5-C6 eine posterolaterale Diskushernie links mit Kompression der Vorderseite des Rückenmarks, offensichtlich symptomatisch und möglicherweise Ursache einer Zervikobrachialgie im Bereich von C6 links, die zum Teil die neurologischen Störungen in Form von Heiss-, Kalt- und Schmerzästhesie erkläre (vgl. Bericht von Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 13. April 2016 [Dok. 106]).

C-6068/2020 Seite 21 5.4.3 Zwecks Klärung der im französischen Gesuchsverfahren strittigen Frage, ob der Beschwerdeführer am 15. September 2015 arbeitsfähig gewesen sei, wurde Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, im gegenseitigen Einvernehmen des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. G. \_\_\_\_\_, und der französischen Vertrauensärztin Dr. med. M. \_\_\_\_\_ als externer Gutachter beauftragt. In seinem Gutachten vom 23. Mai 2016 wies Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ einleitend darauf hin, dass gemäss Beschwerdeführer die Schmerzen nach dem chirurgischen Eingriff im Februar 2015 schnell wieder aufgetreten seien und er seit etwa 6 Monaten eine Schwäche in beiden oberen Gliedmassen, vorherrschend links, verspüre. Es bestünden weiterhin Schmerzen popliteal und inguinal links sowie eine Schwäche der unteren Gliedmassen. Beim Gehen verspüre er ein Kribbeln in der gesamten linken unteren Extremität; nach 200 Metern würden die unteren Gliedmassen schwer und es träten Rückenschmerzen zervikodorsal auf, weshalb er sich etwa 10 Minuten lang ausruhen müsse, bevor er weitergehen könne. Sphinkterstörungen habe der Beschwerdeführer hingegen nicht erwähnt. Gestützt auf diese Angaben, auf die ihm vorliegenden Akten sowie auf seine eigenen Untersuchungen kam Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ zum Schluss, dass alle klinischen und radiologischen Befunde auf eine zervikale Claudicatio medullaris hinwiesen, welche weitere Untersuchungen (mittels somatosensorisch sowie motorisch evozierter Potentiale) erforderten, bevor der Beschwerdeführer eine berufliche Tätigkeit wiederaufnehmen könne. Bezüglich der lumbalen Beschwerden sollte hingegen eine Physiotherapie helfen, das LWS-Schmerzsyndrom zu reduzieren. Der Beschwerdeführer sei jedenfalls am 15. September 2015 nicht arbeitsfähig gewesen. Ein neuer Zeitpunkt betreffend Arbeitswiederaufnahme könne erst festgelegt werden, wenn die Rehabilitation abgeschlossen sei und die oben genannten zusätzlichen Untersuchungen durchgeführt worden seien (vgl. Dok. 111; vgl. auch das Schreiben des französischen Sozialversicherungsträgers vom 7. Juni 2016 betreffend die attestierte Arbeitsunfähigkeit am 15. September 2015 [Dok. 109]). 5.4.4 Aufgrund der neu vorgelegten Berichte ergänzte die Dr. med. J. \_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 14. Juli 2016 ihre Diagnosestellung (Lumboischialgie links) mit der Diagnose Zervikalsyndrom. Zur Begründung führte sie aus, dass sich bezüglich der LWS nichts geändert habe; neu sei seit Mai 2015 (recte: Mai 2016) erstmals von einer seit ca. 6 Monaten bestehenden Schwäche der Arme die Rede. Während der Radiologe von einer möglichen Wurzelirritation C6 spreche, sehe der untersuchende Neurologe im Mai 2016 den Verdacht auf eine zervikale Myelopathie mit entsprechender zervikaler Claudicatio spinalis. Sollte sich letztgenannter

C-6068/2020 Seite 22 Verdacht bestätigen, bestünde je nach Ausmass und therapeutischer Möglichkeiten eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit. Zur definitiven Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit ab Anfang 2016 seien die Ergebnisse der weiteren Abklärungen nötig (vgl. Dok. 113). 5.4.5 In der Folge reichte der Beschwerdeführer auf vorinstanzliches Ersuchen hin (vgl. die Telefonate vom 21. Juli 2016 und vom 30. August 2016 [Dok. 114 f.] sowie die Korrespondenz vom September und Oktober 2016 [Dok. 116-120]) mit Eingabe vom 28. November 2016 die Berichte betreffend die neurologischen Untersuchungen ein (vgl. Dok. 121). Die Untersuchung mittels motorisch evozierter Potentiale zeigte keine signifikante Verlängerung der zentralen Leitungszeiten für alle vier Gliedmassen, sondern lediglich eine Amplitudenasymmetrie für die zentrale und die periphere Komponente im Abduktor des fünften Fingers links. Und im Rahmen der Untersuchung mittels somatosensorisch evozierter Potentiale der unteren Extremitäten konnte lediglich eine leichte Verlangsamung der posterioren cordonalen Leitung beidseitig und symmetrisch festgestellt werden, wobei die Amplituden der kortikalen Komplexe noch sehr gut erhalten gewesen seien (vgl. Berichte der Dres. med. R.\_\_\_\_\_ und Q.\_\_\_\_\_ vom 4. November 2016 [Dok. 122]). In Kenntnis dieser Resultate sowie gestützt auf eigene Untersuchungen teilte die vom Hausarzt beauftragte Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, am 24. November 2016 mit, es gebe derzeit keine neurologischen Anzeichen für einen zentralen Ursprung, jedoch sollten die Existenz des zervikalen Bandscheibenvorfalles, der in Kontakt mit dem Rückenmark komme, die Existenz der diskreten Anomalien der durchgeführten evozierten Potentiale sowie die permanenten zervikalen Wirbelsäulenschmerzen mit einer Claudicatio intermittens nach einer Strecke von 100 m zur Vorsicht mahnen. Das weitere Vorgehen machte die Ärztin schliesslich von einem Verlaufs-MRT anfangs 2017 abhängig (vgl. Dok. 123). 5.4.6 Gestützt auf diese Verlaufsberichte konnte sich die abermals konsultierte RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ aufgrund von dürftigen anamnestischen Angaben sowie mangels Vorliegen von konkreten klinischen Befunden am 15. Dezember 2016 weiterhin kein klares Bild machen. Sie erachtete deshalb eine Begutachtung in der Schweiz in der Fachdisziplin Neurochirurgie oder in den Fachdisziplinen Neurologie und Wirbelsäulen-Orthopädie als notwendig (Dok. 125 S. 1-3). Der zwecks Zweitmeinung konsultierte RAD-Arzt Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, empfahl in Würdigung des medizinischen Dossiers, die

C-6068/2020 Seite 23 erneute MRT-Untersuchung der HWS abzuwarten und danach eine aussagekräftige neurologische Kontrolluntersuchung mit Beschreibung der konkreten Befunde sowie einer Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit einzuholen. Falls sich zudem eine chirurgische Indikation ergeben sollte, müsste auch die OP und deren Ergebnis abgewartet werden. Unter der Voraussetzung, dass die weiteren Berichte aussagekräftig und ausführlich seien, sollte eine Beurteilung auch ohne Expertise möglich sein (Dok. 125 S. 4). Nachdem sich Dr. med. J.\_\_\_\_\_ am 19. Januar 2017 dieser Empfehlung angeschlossen hatte (vgl. Dok. 125 S. 5-7), stellte sich schliesslich auch der zusätzlich konsultierte RAD-Arzt Dr. med. T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, auf den Standpunkt, dass zurzeit keine Expertise einzuholen sei und zunächst das Ergebnis der MRT-Untersuchung bekannt sein müsste wie auch der Umstand, ob ein Entscheid zur Operation getroffen worden sei (vgl. Dok. 127). 5.4.7 5.4.7.1 In der Folge reichte der Beschwerdeführer einerseits eine medizinische Bescheinigung der Neurologin Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 17. Februar 2017 (Dok. 132) ein, in der die Ärztin Stellungnahm zu einer offenbar divergierenden Meinung eines Dr. med. U.\_\_\_\_\_ (dessen Bericht sich nicht in den Akten befindet) und dieser entschieden widersprach sowie ihre Feststellungen vom 24.

November 2016 (Dok. 123) bestätigte; andererseits reichte er auch den Bericht des Radiologen Dr. L. \_\_\_\_\_ vom 7. März 2017 (Dok. 134) betreffend die MRT-Verlaufsuntersuchung der HWS vom selben Tag ein. Bezugnehmend auf den MRT-Bericht wies der RAD-Arzt Dr. med. T. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 31. März 2017 darauf hin, dass der MRT-Bericht vergleichbare Ergebnisse mit jenem von April 2016 (vgl. E. 5.4.2 hiervor und Dok. 106) aufweise, wonach eine Diskushernie und eine Kompression des Rückenmarksstrangs vorhanden seien, indes immer noch keine Anzeichen für eine Myelopathie bestünden. Da nach wie vor unbekannt sei, ob operiert werde, bräuchte es den im Lichte des neusten MRT ergangenen Bericht von Dr. med. N. \_\_\_\_\_. Bezüglich des Berichts von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ merkte der RAD-Arzt an, dass in Frankreich offenbar ein Rechtsstreit über Versicherungsleistungen im Gange sei und dabei wahrscheinlich nicht alle medizinischen Meinungen übereinstimmen würden (vgl. Dok. 139).

5.4.7.2 Anhand des in der Folge eingeholten Verlaufsberichts von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 13. März 2017 (Dok. 143) konnte sich der RAD-Arzt jedoch nach wie vor kein abschliessendes Bild machen, da die Neurologin

C-6068/2020 Seite 24 den Beschwerdeführer mangels offensichtlicher Anzeichen einer Rückenmarkskompression an den Arzt Dr. med. V. \_\_\_\_\_ weiterverwiesen hat, um dessen Meinung betreffend die Frage einzuholen, ob eine Indikation zur Operation bestehe. Dr. med. T. \_\_\_\_\_ hielt deshalb fest, dass dessen Bericht abgewartet werden müsse (vgl. Dok. 145).

5.4.7.3 Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, bestätigte am 27. März 2017, dass die neuerliche MRT-Untersuchung der HWS vom März 2017 im Vergleich zur MRT-Untersuchung im Jahr 2016 ein nahezu unverändertes Bild ergeben habe, wonach es keine grössere Rückenmarkskompression gebe, jedenfalls aber keine Anzeichen einer Myelopathie bestünden und somit eine gewisse Diskrepanz zwischen den subjektiven klinischen Daten und den evozierten Potenzialen einerseits und dem MRT andererseits vorliege. Er erkenne daher keine chirurgische Indikation (vgl. Dok. 152).

Aufgrund dieses Berichtes kam der RAD-Arzt Dr. med. T. \_\_\_\_\_ am 5. Oktober 2017 zum Schluss, dass sich der Fall nun stabilisiert habe, und empfahl eine externe Begutachtung einerseits des Bewegungsapparats und andererseits eine neurologische Untersuchung; am 27. Oktober 2017 präzisierte er auf Nachfrage hin, die Untersuchung des Bewegungsapparats solle vorzugsweise durch einen Rheumatologen erfolgen (vgl. Dok. 156-159).

5.4.8 5.4.8.1 Noch bevor die Vorinstanz einen Begutachtungsauftrag vergeben hat, reichte der Beschwerdeführer am 19. Februar 2018 zwei weitere Verlaufsberichte von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 10. Januar 2018 und von Dr. med. V. \_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2018 ein, die gestützt auf neuerliche Untersuchungen mittels MRT und evozierter Potentiale – letztere Berichte legte der Beschwerdeführer seiner Eingabe nicht bei – weiterhin keine Indikation für einen chirurgischen Eingriff sahen. Einleitend darauf hinweisend, die evozierten Potentiale seien wieder normal, begründete Dr. med. N. \_\_\_\_\_ ihre Einschätzung damit, es liege keine Nervenkompression vor. Der Beschwerdeführer habe klinisch zwar immer noch geringfügige zervikale intervertebrale Störungen, eine bilaterale Tendomyalgie der Trapezmuskeln und es sei eine zervikale Begradigung auf dem Kontroll-MRT ersichtlich; aber die Grösse des Bandscheibenvorfalles habe sich nicht verändert, erscheine gar weniger imposant als auf früheren MRT. Der Patient berichte aber auch von einem ziehenden Gefühl in den oberen Gliedmassen, das sehr atypisch und unspezifisch bleibe. Sie sei sich nicht sicher, ob die Aussage einer Claudicatio intermittens nach 100 m der Wahrheit entspreche, und angesichts der beruflichen Schwierigkeiten sei sie sich nicht

C-6068/2020 Seite 25 sicher, ob nicht doch ein Suchen nach einem «sekundären Nutzen» vor- liege (vgl. Dok. 165). Dr. med. V. \_\_\_\_\_ wiederum – einleitend darauf hin- weisend, dass nun auch eine Zervikobrachialgie rechts bestehe – begrün- dete seine gleichlautende Einschätzung damit, im MRT sei eine bilaterale Foraminalstenose C6 sichtbar, die eine Wurzelschädigung C6 erklären könne. Da der Patient trotz allem mehr über Nackenschmerzen als über die Ausstrahlung in die rechte obere Extremität (und auch über schmerz- hafte Folgeerscheinungen in der linken unteren Extremität) klage, würde ihm eine Operation keine völlig zufriedenstellende Erleichterung verschaf- fen. Je nach Entwicklung könne die Frage aber neu diskutiert werden (vgl. Dok. 166).

5.4.8.2 Gestützt auf die beiden neu eingereichten Berichte teilte der RAD- Arzt Dr. med. T. \_\_\_\_\_ am 9. März 2018 mit, dass er angesichts der nun- mehr geklärten Diagnosen und der klareren medizinischen Stellungnah- men eine abschliessende Beurteilung vornehmen und seines Erachtens das Gutachten annulliert werden könne. In Bezug auf die umstrittene zer- vikale Pathologie seien sich nun alle einig, dass der Versicherte objektiv gesehen weder eine Claudicatio noch eine zervikale Myelopathie noch eine zervikale radikuläre Kompression aufweise. Als Hauptdiagnosen (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) seien ein Status nach Operation der Diskushernie L4/L5 im Februar 2015 aufgrund einer Femoralgie links sowie die daraus entstandene Folgeerkrankung chronische Lumboischialgie (ICD-10 M47.2) und als Nebendiagnose (mit Auswirkungen auf die Arbeits- fähigkeit) ein Zervikalsyndrom mit möglichen Pseudo-Brachialgien bei de- generativen Erkrankungen und Diskushernie C5/C6 (ICD-10 M54.2) zu stellen. Im Weiteren nannte er einen eindeutig nicht bestätigten Verdacht auf eine zervikale Myelopathie als Nebendiagnose ohne Auswirkungen. In Übereinstimmung mit Dr. med. V. \_\_\_\_\_ könne der Versicherte seine kör- perlich anstrengende Tätigkeit als Landschaftsgärtner nicht mehr ausüben. In adaptierten, die LWS und HWS schonenden Tätigkeiten (wechselbelas- tend, gelegentliches Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg, ohne Zwangshaltungen der LWS und HWS) sei er jedoch vollschichtig arbeitsfä- hig. Die Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten bestehe ab Dezember 2015, da der Fall – was sich aus dem Bericht des Chirurgen Dr. med. I. \_\_\_\_\_ an den Hausarzt vom 21. Dezember 2015 (recte: 18. Dezember 2015 [vgl. Dok. 81]) ergebe – aufgrund des mittels MRT bestätigten Ausschlusses ei- nes Rezidivs der Diskushernie, aufgrund der normalen Befunde der neuro- logischen Untersuchung sowie der fehlenden Indikation für eine erneute Operation ab diesem Zeitpunkt stabilisiert gewesen sei. Die Entdeckung

C-6068/2020 Seite 26 einer zervikalen Diskushernie ohne neurologische Folgen und das Auftre- ten von Nackenschmerzen hätten nichts an der Arbeitsfähigkeit in ange- passten Tätigkeiten geändert (vgl. Dok. 168).

5.5 Aufgrund des am 13. Juni 2018 erhobenen Einwands – wobei sich die- ser insbesondere gegen den impliziten Widerruf der Begutachtung richtete (vgl. Dok. 178 f.) – gegen den in der Folge erlassenen Vorbescheid vom 9. Mai 2018 holte die Vorinstanz bei der leitenden Ärztin des IV-internen medizinischen Dienstes, Dr. med. W. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, eine Zweitmeinung ein. Die Ärztin stützte am 14. September 2018 die RAD-ärzt- liche Beurteilung vom 9. März 2018 (vgl. Stellungnahme vom 14. Septem- ber 2018 [Dok. 181]).

5.6 Im Weiteren liess der Beschwerdeführer die folgenden zusätzlichen medizinischen Unterlagen einreichen: 5.6.1 Nebst einem Bericht von Dr. med. X. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physika- lische Medizin und Rehabilitation, vom 14. Juni 2016, der darin die bekann- ten Nackenbeschwerden ohne neurologische Auffälligkeiten beschreibt und eine berufliche Neuorientierung empfahl

(Dok. 183), zweier radiologischer Befundberichte von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 8. und 11. Oktober 2018 (Röntgen und MRT der HWS [Dok. 188 f.]) sowie einem Attest von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2018 (Dok. 190), der eine berufliche Neuorientierung als notwendig erachtete, reichte der Beschwerdeführer insbesondere auch einen neuen Bericht des Neurochirurgen Dr. med. V. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2018 ein, der nunmehr eine am 13. Dezember 2018 vorgesehene Foraminotomie C5/C6 mit intersomatischer Arthrodesen ankündigte mit der Begründung, das letzte – an die Vorinstanz noch nicht übermittelte (vgl. aber E. 5.6.3.1 hiernach) – CT der HWS bestätige die Enge, welche im rechten Foramen C6 immer deutlicher zu werden scheine, da die Schmerzen fast täglich aufträten und den Versicherten auch in der Nacht weckten (vgl. Dok. 201). 5.6.2 In Kenntnis dieser neuen Berichte teilte der RAD-Arzt Dr. med. T. \_\_\_\_\_ am 7. Januar 2019 mit, dass der jüngste Bericht von Dr. med. V. \_\_\_\_\_ alles in Frage stelle, indem der Neurochirurg seine Meinung geändert habe. Der RAD-Arzt führte aus, es sei in der Zwischenzeit zu keiner Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen, sondern die Indikation zur Operation ergebe sich aus einer medizinisch anderen Interpretation einer identischen Situation (chronische Pseudobrachialgie) durch

C-6068/2020 Seite 27 denselben Chirurgen, der noch im Februar 2018 einen Eingriff abgelehnt habe. Der Fall müsse in 5 Monaten nochmals beurteilt werden (vgl. Dok. 203). 5.6.3 5.6.3.1 Nach Eingang eines Hospitalisationsbulletins vom 15. Dezember 2018 (Dok. 206) und eines postoperativen Kurzberichts von Dr. med. V. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2019 (Dok. 207), der zwar einen schmerz- und gefühlstörungsfreien Zustand bescheinigte, indessen noch keine abschliessende Beurteilung zuliesse (vgl. Stellungnahme des RAD vom 4. Februar 2019 [Dok. 209]), wurden schliesslich diverse weitere – teils bereits aktenkundige – Verlaufsberichte aus dem Zeitraum 26. Juni 2018 bis 8. April 2019 (Dok. 210-215 und 222-224) an die Vorinstanz übermittelt; darunter befand sich auch der von Dr. med. V. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 26. November 2018 (E. 5.6.1 hiervor) erwähnte CT-Bericht vom 13. November 2018 (Bericht von Dr. med. Y. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie [vgl. Dok. 213]). Aus den im Zeitraum vor der gestellten OP-Indikation erstellten Berichten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer aufgrund von wiederaufgetretenen Beschwerden im linken Bein auch nochmals im Bereich der LWS untersucht wurde, dabei im Ergebnis jedoch die bereits bekannten degenerativen Erkrankungen ohne Anzeichen auf eine radikuläre Kompression festgestellt wurden (vgl. MRT-Bericht von Dr. med. Z. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 26. Juni 2018 und Untersuchungsbericht von Dr. med. V. \_\_\_\_\_ vom 12. Juli 2018 [Dok. 211 f.]). Auch aus dem nachgereichten Formularbericht E 213 der französischen Vertrauensärztin Dr. med. Ba. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 26. November 2018 ergeben sich keine anderslautenden Erkenntnisse. Dr. med. Ba. \_\_\_\_\_ stellte darin gestützt auf eigene Untersuchungen unter zusätzlicher Berücksichtigung der Berichte von Dr. med. X. \_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2018 (Dok. 183), Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2018 (Dok. 211), Dr. med. Y. \_\_\_\_\_ vom 13. November 2018 (Dok. 213) sowie Dr. med. V. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2018 (Dok. 201) lediglich die Diagnose Zervikobrachial-Syndrom (ICD-10: M53.1) und erachtete den Beschwerdeführer – ohne Angabe der zumutbaren Arbeitsfähigkeit und des zumutbaren Leistungsprofils – gemäss französischen Rechtsvorschriften als nicht invalide (vgl. Dok. 214). 5.6.3.2 In den nach der Operation erstellten Verlaufsberichten vom 26. und 27. März 2019 bescheinigte Dr. med. V. \_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer nun beschwerdefrei sei und es ihm erlaubt sei, die meisten seiner Aktivitäten, einschliesslich der Arbeit, wiederaufzunehmen (vgl.

C-6068/2020 Seite 28 Dok. 223 f.). Schliesslich bescheinigte auch der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ mit Attest vom 8. April 2019, dass der Beschwerdeführer im Stande sei, eine wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 2 kg aufzunehmen, was jedoch in jedem Fall eine Umschulung erfordere. In einem ersten Schritt empfahl er ein Teilzeitpensum von 50 % für einen Monat, was bei Bedarf verlängert werden könne (vgl. Dok. 224). 5.6.4 Gestützt auf die neuen Verlaufsberichte bestätigte der RAD-Arzt Dr. med. T.\_\_\_\_\_ am 13. Mai 2019 im Wesentlichen die in der Stellungnahme vom 9. März 2018 gestellten Diagnosen, berücksichtigte dabei aber neu die am 13. Dezember 2018 infolge der Zervikobrachialgie bei Diskushernie C5/C6 durchgeführten Foraminotomie und Arthrodesen bei C6. Im Weiteren attestierte er im angestammten Beruf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2015. Betreffend adaptierte Tätigkeiten (wechselbelastend, seltenes Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg, kein Bücken und kein Drehen des Rumpfes) hielt der RAD-Arzt fest, dass diese ab April 2019 zu 50 % und ab Mai 2019 zu 100 % zumutbar seien. Zur Begründung führte er zusammenfassend aus, der Beschwerdeführer sei – sofern seine Lektüre der endlosen Akte exakt sei – seit der Operation der Diskushernien im Februar 2015 als arbeitsunfähig krankgeschrieben gewesen, was zunächst auf das Wiederauftreten von Ischias-Schmerzen, danach auf das Auftreten einer Brachialgie links mit unbestätigtem Verdacht auf eine Myelopathie sowie auf das lange Zögern der Ärzte vor der letzten Operation am 8. April 2019 (recte: 13. Dezember 2018) zurückzuführen sei. Der Fall sei nun stabilisiert (vgl. Dok. 226). 5.7 5.7.1 Nach Erlass des dritten Vorbescheids vom 20. September 2019 reichte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 5. Dezember 2019 ein Schreiben seines Hausarztes Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2019 ein, der seine Verwunderung äusserte, dass dem Beschwerdeführer zwischen 29. Februar 2016 und 1. April 2019 keine Rente zugesprochen worden sei, obwohl er in dieser Zeit in Behandlung bei Spezialisten gewesen sei und sich 2018 sogar einem chirurgischen Eingriff unterzogen habe (vgl. Dok. 241 S. 4). 5.7.2 Der daraufhin konsultierte RAD-Arzt Dr. med. Ca.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sportmedizin und manuelle Medizin sowie zertifizierter Gutachter SIM, teilte mit Stellungnahmen vom 24. Februar 2020 und vom 6. März 2020 mit, das Schreiben von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2019 liefere keine objektiven medizinischen

C-6068/2020 Seite 29 Gründe, die die medizinische Beurteilung des RAD zu ändern vermöchten (vgl. Dok. 246-248). 5.8 Schliesslich legte die Vorinstanz das medizinische Dossier während des hängigen Beschwerdeverfahrens zwei Mal auch ihrem IV-internen ärztlichen Dienst zur Beurteilung vor. Die Leiterin des IV-internen ärztlichen Dienstes, Dr. med. W.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, bestätigte mit Stellungnahme vom 9. April 2021, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit seit Dezember 2012 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Ebenso habe aufgrund der beiden chirurgischen Eingriffe jeweils von 13. Februar 2015 bis 20. Dezember 2015 sowie von 13. Dezember 2018 bis 7. April 2018 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit auch für adaptierte Tätigkeiten bestanden. Im Weiteren habe vom 21. Dezember 2015 bis 12. Dezember 2018 in leichten angepassten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden, da eindeutig festgestellt worden sei, dass es keine klare funktionelle Einschränkung und kein objektives klinisches Defizit gebe; dabei sei es aufgrund der anhaltenden Schmerzsymptomatik und deren Entwicklung angemessen, während dieses Zeitraums eine Leistungseinschränkung von 20% anzunehmen. Nach dem zweiten chirurgischen Eingriff habe gemäss Dr. med. G.\_\_\_\_\_ ab 8. April 2019 zunächst

eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und nach einem Monat, mithin ab 8. Mai 2019 wieder eine solche von 100 % bestanden. Im Weiteren sei im Jahr 2017 eine Begutachtung nicht mehr als notwendig erachtet worden, da die Klinik atypisch gewesen sei und die verschiedenen objektiven Untersuchungen keine signifikanten Befunde ergeben hätten (vgl. BVGer-act. 11 Beilage 2). Diese Einschätzung bestätigte Dr. med. W. \_\_\_\_\_ am 9. Juli 2021 auf erneute Anfrage hin (vgl. BVGer-act. 17 Beilage 2). 6. Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers stützte sich die Vorinstanz einerseits auf die zahlreichen, während des Verfahrens eingeholten Beurteilungen des RAD aus dem Zeitraum vom 1. Oktober 2015 bis 6. März 2020, insbesondere auf diejenigen vom 9. März 2018, vom 13. Mai 2019, vom 24. Februar 2020 sowie vom 6. März 2020 (vgl. Dok. 168, 226, 246 und 248). Diese dienten der ursprünglich angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2020 als Grundlage. Im Weiteren diente die Stellungnahme des IV-internen Dienstes vom 9. April 2021 (vgl. BVGer-act. 11 Beilage 2) der pendente lite erlassenen Wiedererwägungsverfügung vom 20. April 2021 als Entscheidungsgrundlage. Die diversen von der

C-6068/2020 Seite 30 Vorinstanz konsultierten Ärzte haben den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. 6.1 Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil des BGer 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). 6.2 Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die 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\_647/2020 vom 26. August 2021 E. 4.2 mit Hinweisen; 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten es dem RAD erlaubten, sich ein umfassendes Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Verlauf und gegenwärtiger Status) und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind. 6.3 Den RAD-Ärzten standen für deren Aktenbeurteilung im Rahmen der Neuanmeldung die zahlreichen unter E. 5 dargelegten medizinischen Berichte aus Frankreich aus dem Zeitraum von Januar 2015 bis Oktober 2019 zur Verfügung. Aus diesen Berichten ergibt sich, dass die Beurteilung des Falls durch eine sich als atypisch präsentierende Klinik erheblich erschwert

C-6068/2020 Seite 31 wurde (vgl. z.B. Stellungnahme von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 1. April 2016, wonach die Diskushernie L4/L5 nicht zur präsentierten Klinik passe [Dok. 98 S. 4]). Dennoch konnten sich die RAD-Ärzte zumindest in diagnostischer Hinsicht aufgrund der zur Verfügung stehenden Akten ein entsprechendes Bild machen. Gemäss den oben aufgeführten Berichten leidet der Beschwerdeführer an somatischen Beschwerden, wobei zuerst die aufgrund des Verhebetraumas vom November 2012, infolgedessen eine Diskushernie auf der Höhe L4/L5 festgestellt wurde, bestehenden lumbalen Beschwerden im Vordergrund standen; danach (spätestens ab April 2016; eventuell auch bereits früher [vgl. dazu E. 6.6 hiernach]) kamen zervikale Beschwerden hinzu, die durch eine Diskushernie bei C5/C6, welche in Kontakt mit dem Rückenmark kam, verursacht wurden. Sowohl die Diskushernie bei L4/L5 (im Februar 2015) als auch die Diskushernie bei C5/C6 (im Dezember 2018) wurden chirurgisch behandelt. Aufgrund der Akten ist in diagnostischer Hinsicht somit widerspruchsfrei erstellt, dass beim Beschwerdeführer als Diagnosen ein Status nach Operation der Diskushernie L4/L5 im Februar 2015 aufgrund einer Femoralgie links mitsamt einer sich daraus entwickelten chronischen Lumboischialgie (ICD-10 M47.2) sowie ein Status nach Foraminotomie und Arthrodesen C6 im Dezember 2018 infolge einer Zervikobrachialgie bei Diskushernie C5/C6 zu stellen sind. Dabei wurden die beiden operativ versorgten Leiden an der LWS und HWS als Hauptdiagnosen und die chronische Lumboischialgie als Nebendiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft. Im Weiteren ist widerspruchsfrei erstellt, dass sich ein anfänglich geäussertes Verdacht auf eine zervikale Myelopathie eindeutig nicht bestätigt hat, und dass der zweite chirurgische Eingriff im Dezember 2018 die Leiden des Beschwerdeführers behoben hat (vgl. die Aussagen des Beschwerdeführers in BVGer-act. 1 S. 7 f. Ziff. 5 und in BVGer-act. 21 S. 2 drittletzter Absatz). In dieser Hinsicht ist die Aktenbeurteilung der RAD-Ärzte nicht zu beanstanden. 6.4 Nicht zu beanstanden ist im Weiteren die Beurteilung der RAD-Ärzte, wonach dem Beschwerdeführer schwere körperliche Arbeiten – wie seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Landschaftsgärtner – nicht mehr zumutbar sind, wird doch diese Einschätzung von sämtlichen Ärzten einhellig vertreten. Dabei ist präzisierend festzuhalten, dass die entsprechende Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom 28. November 2012 besteht (vgl. die Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 5. April 2013 [Dok. 11 S. 35 f.] und vom Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 10. September 2013 inkl. Ergänzung vom 23. September 2013 [Dok. 11 S. 22 ff.] sowie die Stellungnahme von

C-6068/2020 Seite 32 Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2013 im Rahmen des ersten Ge- suchsverfahrens [Dok. 28]) und nicht – wie dies insbesondere von Dr. med. T. \_\_\_\_\_ jeweils festgehalten wurde (vgl. z.B. Dok. 226) – erst seit Februar 2015 (demgegenüber legte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ den Beginn der Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf immerhin auf Dezember 2012 fest [vgl. z.B. Dok. 98]). Anzeichen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers dermassen gebessert habe, dass ihm die angestammte Tätigkeit zwischenzeitlich wieder zumutbar gewesen wäre, finden sich nicht in den Akten. Im Gegenteil. Nach der rentenablehnenden Verfügung vom 4. Juni 2014 (Dok. 35) hielt der Hausarzt am 8. Juli 2014 fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund der anhaltenden Beschwerden den bisherigen Beruf nicht mehr ausüben könne und sich umorientieren müsse (vgl. Dok. 37). 6.5 Hingegen bestehen in Bezug auf die weiteren Aspekte der Aktenbeurteilung gewisse Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit. Der Beschwerdeführer weist in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hin, dass beim Bestehen von auch nur geringen Zweifeln nicht darauf abgestellt werden

kann. So bestehen zunächst an der RAD-ärztlichen Beurteilung betreffend die Auswirkungen der gesundheitlichen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten gewisse Zweifel. 6.5.1 Zwar ist unbestritten, dass der chirurgische Eingriff an der LWS vom 13. Februar 2015 (Diskektomie auf der Höhe L4/L5) ab diesem Datum – zumindest vorübergehend – eine vollständige Arbeitsunfähigkeit begründet hat. Jedoch wurde bereits die Frage, wie lange die vollständige Arbeitsunfähigkeit infolge des chirurgischen Eingriffs vom Februar 2015 andauerte, von den diversen von der Vorinstanz konsultierten Ärzten unterschiedlich beurteilt. Während die erstbeurteilende RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, in ihren Stellungnahmen vom 1. April 2016, vom 14. Juli 2016, vom 15. Dezember 2016 sowie vom 19. Januar 2017 ab dem 12. Februar 2015 lediglich für zwei Monate eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. Dok. 98, 113 und 125), bescheinigte der RAD-Arzt Dr. med. T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, eine auf die LWS-Leiden gründende länger andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit zumindest bis zum 18. Dezember 2015 (vgl. insb. vermeintlich abschliessende Stellungnahme vom 9. März 2018 [Dok. 168]). 6.5.2 Dr. med. J.\_\_\_\_\_ schien dabei ihre Einschätzung lediglich auf den Formularbericht E 213 von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine

C-6068/2020 Seite 33 Innere Medizin, vom 1. September 2015 gestützt zu haben. Dieser Bericht basiert zwar auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers; da sich die französische Ärztin weder eingehend mit den geklagten Beschwerden (vgl. Ziff. 3 des Formularberichts) auseinandergesetzt noch ihre Beurteilung der Leistungsfähigkeit in irgendeiner Weise begründet hat, erfüllt dieser Bericht indessen nicht sämtliche von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen (vgl. E. 4.7 hiervor) und eignet sich daher nicht als Grundlage für eine reine Aktenbeurteilung. Dies umso weniger, als dieser Bericht in Frankreich offensichtlich ein medizinisches Streitverfahren auslöste, im Rahmen dessen im Einvernehmen zwischen dem behandelnden Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ und Dr. med. M.\_\_\_\_\_ der Neurochirurg Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ als externer Sachverständiger eingesetzt wurde, um die Frage zu klären, ob der Beschwerdeführer im September 2015 arbeitsfähig gewesen sei; dies hat Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ mit Bericht vom 23. Mai 2016 (Dok. 111) klar verneint, was jedoch von der RAD-Ärztin nach dessen Vorlage am 4. Juli 2016 überhaupt nicht beachtet und diskutiert wurde. Im Zusammenhang mit dem Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 23. Mai 2016 erwähnte sie lediglich, dass aufgrund der erstmals erwähnten zervikalen Leiden und dem in diesem Zusammenhang geäusserten Verdacht auf eine zervikale Myelopathie weitere Abklärungen notwendig seien (vgl. Dok. 113). 6.5.3 Demgegenüber gewichtete Dr. med. T.\_\_\_\_\_ im Rahmen seiner Stellungnahme vom 9. März 2018 den Umstand, dass der chirurgische Eingriff vom Februar 2015 lediglich für eine kurze Zeit eine Linderung der Schmerzen erzielt hat (vgl. hierzu noch den Verlaufsbericht von Dr. med. Hricu vom 19. März 2015 [Dok. 95]) sowie den Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2015 [Dok. 96], in welchem wieder deutliche Rückenbeschwerden beschrieben wurden) und deshalb von den behandelnden Ärzten weitere Untersuchungen getätigt wurden, offensichtlich anders. Denn zur Begründung seiner Einschätzung wies Dr. med. T.\_\_\_\_\_ darauf hin, dass erst aufgrund der zusätzlichen – nach der vertrauensärztlichen Untersuchung in Frankreich vom 1. September 2015 erfolgten – Untersuchungen betreffend die LWS (CT-Untersuchung vom 17. September 2015 [Dok. 83], MRT-Untersuchung vom 1. Dezember 2015 [Dok. 80] und insb. neurologische Untersuchung vom 18. Dezember 2015 [Dok. 81]) ein Rezidiv der lumbalen Diskushernie wie auch eine Indikation zur erneuten Operation ausgeschlossen

werden konnten. Dr. med. T. \_\_\_\_\_'s Beurteilung betreffend den Zeitraum von Februar 2015 bis Dezember 2015, der sich offensichtlich auch die Chef-Ärztin des IV-internen medizinischen Dienstes, Dr. med. W. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und C-6068/2020 Seite 34 Rehabilitation, mit im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens eingeholter Stellungnahme vom 9. April 2021 angeschlossen hat (vgl. Bei-lage 2 zu BVGer-act. 11), erscheint aufgrund seiner Begründung und aufgrund des Umstands, dass er sich im Gegensatz zu Dr. med. J. \_\_\_\_\_ mit sämtlichen aus dem betreffenden Zeitraum stammenden Berichten auseinandergesetzt hat, zumindest als plausibel. 6.5.4 Allerdings erweisen sich auch die diversen Beurteilungen von Dr. med. T. \_\_\_\_\_ insgesamt als nicht hinreichend schlüssig und nachvollziehbar. Insbesondere bezüglich des weiteren Verlaufs lassen dessen diversen Stellungnahmen kein nachvollziehbares und schlüssiges Bild zu. Nachdem der RAD-Arzt mit – vermeintlich abschliessender – Stellungnahme vom 9. März 2018 zunächst noch festgehalten hatte, seit dem

## **E. 21**

Dezember 2015 (recte: 18. Dezember 2015) habe eine volle Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten bestanden, führte er schliesslich in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 13. Mai 2019 aus, dass der Beschwerdeführer – sofern seine Lektüre des Dossiers exakt sei – seit der Operation vom Februar 2015 durchgehend krankgeschrieben worden sei; der Grund der fortgesetzten Krankenschreibung sei zunächst das Wiederauftreten von Ischias-Schmerzen, dann das Auftreten einer Zervikobrachialgie links mit unbestätigtem Verdacht auf Myelopathie sowie schliesslich das lange Zögern der Ärzte vor der letzten Operation am 8. April 2019 (recte: 13. Dezember 2019) gewesen. Aufgrund dieser Ausführungen hielt er schliesslich fest, dass, nachdem der Fall nun stabilisiert sei, ab dem 8. April 2019 (recte: 8. Mai 2019) funktionelle Einschränkungen sowie eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leichteren Tätigkeit zu berücksichtigen seien (vgl. Dok. 226). 6.5.4.1 Isoliert betrachtet, könnten die am 13. Mai 2019 getätigten Ausführungen tatsächlich gemäss Ansicht des Beschwerdeführers dahingehend interpretiert werden, dass im gesamten Zeitraum von Februar 2015 bis 8. April 2019 (Datum der schrittweisen Wiederaufnahme einer Tätigkeit im Umfang von 50 %) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Jedoch ist auch zu beachten, dass derselbe RAD-Arzt am 7. Januar 2019, als er aufgrund des Berichts von Dr. med. V. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2018 (Dok. 201) erfuhr, dass der Beschwerdeführer entgegen früherer Aussagen nun doch operiert werde, noch darauf hingewiesen hat, der Gesundheitszustand habe sich in der Zwischenzeit, das heisst, seit seiner Stellungnahme vom 9. März 2018, nicht verschlechtert; vielmehr ergebe sich die Operationsindikation aus einer medizinisch unterschiedlichen Interpretation einer identischen Situation (chronische Pseudobrachialgie)

C-6068/2020 Seite 35 durch denselben Chirurgen (vgl. Dok. 203). Aufgrund dieser Ausführungen liesse sich somit auch die vorinstanzliche Ansicht vertreten, dass erst ab dem Datum der zweiten Operation vom 13. Dezember 2018 wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Insgesamt bleibt jedoch unklar, ob die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. T. \_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2019 im Sinne der vom Beschwerdeführer vertretenen Ansicht (d.h., als alleinstehende umfassende abschliessende Stellungnahme, so dass durchgehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren sei) oder im Sinne der von der Vorinstanz vertretenen Ansicht (d.h., als Ergänzung zur Stellungnahme vom 9.

März 2018, so dass erst ab dem 13. Dezember 2018 wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren sei) zu verstehen ist. 6.5.4.2 Die im Rahmen des dritten Vorbescheidverfahrens eingeholten ergänzenden Stellungnahmen des RAD vom 24. Februar 2020 und vom 6. März 2020 können diese Unklarheiten nicht beseitigen, zumal sie nicht von Dr. med. T.\_\_\_\_\_, sondern von Dr. med. Ca.\_\_\_\_\_ verfasst wurden (vgl. Dok. 246 und 248). Auch die im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens eingeholten Stellungnahmen von Dr. med. W.\_\_\_\_\_ vom 9. April 2021 und vom 9. Juli 2021 vermögen diese Unklarheiten nicht zu beseitigen. Im Gegenteil. Die Chef-Ärztin des IV-internen medizinischen Dienstes beurteilt die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten noch einmal anders, indem sie im Zeitraum vom 21. Dezember 2015 (recte: 18. Dezember 2015) bis 12. Dezember 2018 bei einem Pensum von 100 % eine Leistungsminderung von 20 % aufgrund fortbestehender Schmerzen attestiert (vgl. Beilage 2 zu BVGer-act. 11 und Beilage 2 zu BVGer-act. 17). 6.5.5 Bereits aufgrund der soeben dargelegten Unklarheiten bezüglich der von Dr. med. T.\_\_\_\_\_ verfassten Stellungnahmen und aufgrund der sich widersprechenden Beurteilungen der verschiedenen von der Vorinstanz konsultierten Ärzte kann nicht auf die reinen Aktenbeurteilungen abgestellt werden. Ebenso wenig kann auf die in den Akten nur spärlich vorhandenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der behandelnden Ärzte abgestellt werden, da sie einerseits nicht den von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen (E. 4.7 hiervor) genügen und andererseits ohnehin lediglich eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf attestieren. Vielmehr geben bereits die sich widersprechenden Auffassungen der konsultierten Ärzte – worauf der Beschwerdeführer zutreffend hinweist – Anlass zu ergänzenden Abklärungen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4).

C-6068/2020 Seite 36 6.6 Im Weiteren begründet auch der Umstand, dass die IV-Ärzte offensichtlich nicht über sämtliche medizinischen Berichte verfügten, gewisse Zweifel an deren Aktenbeurteilung. So kann dem Gutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 23. Mai 2016 entnommen werden, dass offenbar vorgängig ein von den Ärzten Dres. med. M.\_\_\_\_\_ (französische Vertrauensärztin) und G.\_\_\_\_\_ (Hausarzt) unterzeichnetes Gutachtensprotokoll vom 22. September erstellt wurde, das sich jedoch nicht in den Akten befindet (vgl. Dok. 111 S. 1). Demselben Gutachten kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer am 21. Januar 2016 offenbar von einem gewissen Dr. med. Da.\_\_\_\_\_ untersucht wurde (vgl. Dok. 111 S. 2 Abs. 3; vgl. auch den Hinweis von Dr. med. X.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 14. Juni 2016 [Dok. 183]). Dieser Bericht könnte ebenfalls wichtige Hinweise bezüglich des weiteren Gesundheitsverlaufs ab Januar 2016 enthalten. Dies umso mehr, als im Gutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom

## **E. 23**

Mai 2016 eine Schwäche der beiden oberen Gliedmassen erwähnt wird, welche (zum Zeitpunkt der Begutachtung) seit etwa 6 Monaten bestünde. Dies ist ein Indiz, dass die zervikalen Beschwerden bereits früher entstanden sein könnten, mithin auch vor dem 16. April 2016 als mittels MRT eine Diskushernie bei C5/C6 entdeckt wurde. Zudem ist aufgrund der Akten unklar, was der Anlass für die MRT-Untersuchung der HWS vom 16. April 2016 war, nachdem sich zuvor sämtliche medizinischen Untersuchungen auf den Bereich der LWS beschränkt hatten. Hierzu müsste ein ärztlicher Bericht mit entsprechenden Befunderhebungen vorhanden sein, aufgrund dessen die MRT-Untersuchung der HWS als indiziert erachtet wurde. Im Weiteren äussert sich die Neurologin Dr. med. N.\_\_\_\_\_ in ihrer Bescheinigung vom 17. Februar 2017 zu einer

Stellungnahme eines Dr. med. U.\_\_\_\_\_, dessen Bericht sich ebenfalls nicht in den Akten befindet (vgl. Dok. 132). Schliesslich kann den vorinstanzlichen Akten auch entnommen werden, dass das Versicherungsgericht (...) im November 2019 auch eine medizinische Untersuchung angeordnet hat, mit deren Anordnung sich der Beschwerdeführer am 2. Dezember 2019 einverstanden erklärte (vgl. Dok. 244). Zwar ist nicht ersichtlich, ob diese Untersuchung noch vor Verfügungserlass vom 27. Oktober 2020 stattgefunden hat. Infolge des Hinweises des Beschwerdeführers vom 17. Dezember 2020 hätte die Vorinstanz aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes zumindest abklären müssen, ob dieses bereits vorliege. 6.7 Schliesslich ist auch darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz davon auszugehen scheint, die spätestens ab April 2016 nachgewiesenen zervikalen Beschwerden seien auf dasselbe Leiden zurückzuführen, wendet sie

C-6068/2020 Seite 37 doch in casu Art. 29bis IVV an (Wiederaufleben der Invalidität; vgl. Begründung der Wiedererwägungsverfügung vom 22. April 2021 [BVGer-act. 11 Beilage 6 S. 2]). Zwar erscheint diese vorinstanzliche Schlussfolgerung aufgrund des Umstands, dass es sich bei den zervikalen Beschwerden ebenfalls um ein die Wirbelsäule betreffendes Leiden handelt, als verständlich. Aufgrund der unvollständigen Akten bleibt jedoch unklar, ob diese Schlussfolgerung zulässig ist. Jedenfalls haben die Ärzte nie explizit dazu Stellung genommen, ob es sich bei den auf die HWS zurückzuführenden Beschwerden tatsächlich um Folgeerscheinungen der zu Beginn im Vordergrund stehenden LWS-Beschwerden handelt, oder ob diese medizinisch gesehen als neuer Gesundheitsschaden einzustufen sind, wodurch ein neuer Versicherungsfall begründet würde mit der Folge, dass die Wartezeit von einem Jahr erneut zu erfüllen wäre (vgl. BGE 140 V 2 E. 5.2). Diese Frage ist vollständig ungeklärt geblieben. 6.8 Aus dem insgesamt Ausgeführten ergibt sich, dass die medizinische Aktenlage unvollständig ist. Insbesondere sind dabei die Auswirkungen der somatischen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten und der entsprechende Verlauf über den gesamten Zeitraum vollständig ungeklärt geblieben. Ebenso ist auch die Frage vollständig ungeklärt geblieben, ob es sich bei den spätestens am 13. April 2016 festgestellten HWS-Beschwerden um Folgeerscheinungen der zu Beginn im Vordergrund stehenden LWS-Beschwerden handelt, oder ob diese medizinisch gesehen als neuer Gesundheitsschaden einzustufen sind. Mangels eines lückenlos feststehenden medizinischen Sachverhalts kann mithin nicht auf die Aktenbeurteilung der diversen RAD-Ärzte als Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden. Viel mehr bestehen aufgrund des soeben Dargelegten an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahmen des RAD wie auch des IV-internen medizinischen Dienstes erhebliche Zweifel. Dies konnte vor Verfügungserlass nur Anlass zu weiteren Abklärungen geben. Daraus folgt, dass die Vorinstanz den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend daher nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat. 7.

C-6068/2020 Seite 38 7.1 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 die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren noch kein externes Gutachten eingeholt, sondern

sich lediglich auf die – wie dargelegt – ungenügenden Aktenbeurteilungen des RAD wie auch des IV-internen medizinischen Dienstes gestützt hat, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist demzufolge insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 20. April 2021 aufzuheben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen des rechtserheblichen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

7.2 Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, zunächst das medizinische Dossier unter Mitwirkung des Beschwerdeführers und des französischen Sozialversicherungsträgers möglichst lückenlos zu vervollständigen sowie à jour zu bringen und danach unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte ein externes interdisziplinäres medizinisches Gutachten zu veranlassen insbesondere zur Klärung der Frage, welche Auswirkungen und in welchem Umfang die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die funktionelle Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Landschaftsgärtner als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehen. Zwar sind gemäss den eigenen Ausführungen des Beschwerdeführers die gesundheitlichen Probleme offenbar nunmehr behoben. Dennoch drängt sich vorliegend der Vollständigkeit halber auch eine aktuelle persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers auf, da die vorliegend umstrittene medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten ebenfalls lediglich auf der (mangelhaften) Aktenbeurteilung beruhte und nicht auf einer eingehenden interdisziplinären medizinischen Untersuchung. Zudem kann damit allenfalls eingetretenen Veränderungen des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ab Oktober 2020 ebenfalls Rechnung getragen werden. Die retrospektive Beurteilung der Leistungsfähigkeit hat demgegenüber im Rahmen der Begutachtung zwangsläufig aufgrund der vervollständigten und à jour gebrachten medizinischen Akten zu erfolgen. Aufgrund der medizinischen Aktenlage geboten erscheint ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Wirbelsäulen-Orthopädie sowie Neurologie, allenfalls auch Neurochirurgie. Ob allenfalls weitere Spezialisten beizuziehen sind (etwa Rheumatologie), ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es

C-6068/2020 Seite 39 primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1), und sie letztverantwortlich sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.3). Mit Blick auf das Beweisthema (rechtserhebliche Änderung des Gesundheitszustands seit der letzten rentenablehnenden Verfügung vom 4. Juni 2014) haben die Gutachter betreffend den zu beurteilenden Zeitraum die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sinnvollerweise ab dem 5. Juni 2014 bis zum Zeitpunkt der neuen Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen. Dabei haben sie sich insbesondere auch zur entscheidenderheblichen Frage zu äussern, inwiefern sich der Gesundheitszustand im Vergleich zu jenem gemäss den Gutachten von 2013 verändert hat und mit welcher Änderung auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere auch für eine angepasste Tätigkeit (vgl. oben E. 5.1.2). Ebenso haben sie auch dazu Stellung zu nehmen, ob das erst im Verlauf des hängigen Gesuchsverfahrens aufgetretene, spätestens am 13. April 2016 festgestellte HWS-Leiden aus medizinischer Sicht mit dem Lumballeiden in Zusammenhang steht oder ob es sich um

ein davon un- abhängiges neues Leiden handelt. Die Vergabe des polydisziplinären Gut- achtens hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). Dem Beschwerdeführer ist das rechtliche Gehör zu gewäh- ren und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.). Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermit- teln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV). 8. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient- schädigung. 8.1 Dem Beschwerdeführer wurde am 16. März 2021 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt und Advokat Guido Ehrler wurde als sein unentgelt- licher Rechtsbeistand ernannt. Angesichts des Ausgangs des Verfahrens bleibt dies ohne Rechtsfolgen, da eine Rückweisung praxisgemäss als Ob- C-6068/2020 Seite 40 siegen der beschwerdeführenden Partei gilt. Weder dem Beschwerdefüh- rer noch der Vorinstanz sind demnach Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 e contrario und 2 VwVG; vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1). 8.2 8.2.1 Der durch einen Schweizer Anwalt vertretene Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbin- dung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vor- instanz für die ihm erwachsenen notwendigen Kosten der Vertretung. Der Rechtsvertreter hat mit Eingabe vom 29. September 2021 eine Honorar- note eingereicht und ein Honorar von insgesamt Fr. 3'418.50 (Gesamtauf- wand von 13.25 Stunden à Fr. 250.- und Auslagen von Fr. 106.– [186 Ko- pien à Fr. 0.25 und Porti von Fr. 59.50]) geltend gemacht (vgl. BVGer- act. 21 Beilage). 8.2.2 Zu Recht wird keine Entschädigung für die Mehrwertsteuer bean- tragt, da eine solche für die anwaltliche Vertretung von Personen mit Wohn- sitz im Ausland nicht geschuldet ist (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a MWSTG [SR 641.20] in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE). Der geltend gemachte Stundenansatz von Fr. 250.– entspricht ei- nem im Bereich der Invalidenversicherung gerichtsblichen Stundenansatz (vgl. etwa Urteile des BVGer C-6306/2013 vom 21. April 2015 und C-8623/2010 vom 13. Februar 2013 E. 9.2). Im Weiteren erscheint der gel- tend gemachte Aufwand für das Aktenstudium, für die Ausfertigung der Rechtsschriften im vorliegenden Beschwerdeverfahren (Beschwerde vom 1. Dezember 2020, Replik vom 28. Juni 2021 sowie Stellungnahme zur Duplik vom 29. September 2021), für die Besprechungen mit dem Be- schwerdeführer sowie für die diversen Korrespondenzen unter Berücksich- tigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Auf- wands, der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie der in ähnlichen Fällen zugesproche- nen Entschädigungen noch als angemessenen. Allerdings ist in der einge- reichten Honorarnote der nachträglich entstandene Aufwand für die Stel- lungnahme vom 14. September 2022 im Rahmen des gewährten rechtli- chen Gehörs betreffend die vom Gericht beabsichtigte Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung noch nicht berücksichtigt. Dieser ist zusätzlich zu vergüten; für die knapp eine halbe Seite umfassende Stellungnahme ist zusätzlich ein Betrag von

C-6068/2020 Seite 41 Fr. 125.– (0.5 Std. à Fr. 250.–) zu berücksichtigen. Aufgrund des Dargeleg- ten ist dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine Parteient-

schädigung von Fr. 3'543.50 (inkl. Auslagen; exkl. Mehrwertsteuer) zuzu- sprechen.

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