

BVGer C-6140/2016 vom 15. August 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-08-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6140_2016

FR: TAF C-6140/2016 du 15 août 2018

IT: TAF C-6140/2016 del 15 agosto 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 lit. dbis VwVG]).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Zum Antrag auf unentgeltliche Prozessführung wird auf E. 6.1 verwiesen. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht worden ist (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG), ist darauf einzutreten.

E. 2

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung

der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 7. September 2016 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Vorliegend ist das IVG und die IVV in den Fassungen der 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket (Revision 6a) anzuwenden (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], in Kraft seit 1. Januar 2012; die IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679], in Kraft seit 1. Januar 2012). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) zu beachten.

E. 3.3

Anfechtungsgegenstand und damit Grenze der Überprüfungsbefugnis im Beschwerdeverfahren werden grundsätzlich durch die Verfügung im Verwaltungsverfahren bestimmt (BGE 133 II 30; BGE 122 V 36 E. 2a). Vorliegend bildet die den Vorbescheid der Vorinstanz vom 5. Juni 2016 (IV-act. 57) bestätigende Verfügung vom 7. September 2016 (IV-act. 69) das Anfechtungsobjekt. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 3.4

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Das Risiko der Nicht-Beweisbarkeit, also die objektive Beweislast, trägt für leistungs begründende Tatsachen die versicherte Person (BGE 139 V 547 E. 8.1; vgl. auch Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, N 1536 ff.).

E. 4

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 7. September 2016 das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers um Gewährung einer Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat. Dabei ist im Rahmen der Neuanschuldung nach der ersten rechtskräftigen Renten ablehnung vom 3. März 2010 insbesondere zu prüfen, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 4.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Der Anspruch auf eine ganze Rente besteht, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie der Beschwerdeführer - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 4.2

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist auf dem Gebiet der Invalidenversicherung der (örtlich zuständigen) IV-Stelle die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung (vgl. Art. 49 ATSG) über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

E. 4.3

Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person nach früherer Leistungsverweigerung sind die Revisionsregeln analog anwendbar (BGE 134 V 131 E. 3; 117 V 198 E. 3a). Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil BGer 8C_104/2017 vom 13. Juni 2017 E. 3).

E. 4.3.1

Auf eine Neuanschuldung muss die Verwaltung nur dann eintreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 i.V.m. Abs. 3 IVV [SR 831.201]; BGE 130 V 71 E. 2.2). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 4.3.2

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die vom Versicherten glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Ablehnungsverfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen (Urteil BGer 8C_120/2016 vom 29. April 2016 E. 2.2). Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; Urteil 9C_129/2017 vom 30. August 2017 E. 2).

E. 4.4.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil BGer 9C_433/2017 vom 13. März 2018 E. 2.1) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 4.4.2

Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

E. 4.4.3

Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person durch den RAD untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen

Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen (Urteile des Bundesgerichts 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011, 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4 und 1988 U 56 S. 371). Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 5.1

Vorliegend hat die Vorinstanz das anlässlich der Neuanmeldung eingereichte Rentengesuch vom 19. November 2015 des Beschwerdeführers mit der Begründung abgewiesen, der Versicherte könne die Tätigkeit als Elektromonteur nicht mehr ausüben. In dieser Tätigkeit sei er ab dem 20. Juli 2009 zu 25 % und neu ab dem 18. Juni 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. Jedoch könnten weiterhin eine dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit in der Produktion- oder Dienstleistungsbranche ausgeübt werden. In einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit sei er ab dem 18. Juni 2013 weiterhin zu 100 % arbeitsfähig. Daraus ergebe sich eine Erwerbseinbusse von 25 % ab 20. Juli 2009 und von 34 % ab 18. Juni 2013. Der Beschwerdeführer hingegen ist der Auffassung, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Der Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung vom 2. März 2016 laute auf eine Rentenzusprache wegen voller Erwerbsminderung. Seit dem 23. April 2015 sei der Versicherte sodann als zu 70 % behindert anerkannt. Die RAD-Berichte seien unvollständig und deshalb nicht verwertbar; der Sachverhalt sei lückenhaft abgeklärt worden und neu zu beurteilen. Es beständen zudem Fragenkomplexe aus den Fachbereichen der Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie, zu denen sich ein entsprechender Facharzt äussern müsse.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen die erforderliche Mindestbeitragsdauer von drei Jahren gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt. Somit bleibt zu überprüfen, ob im rechtsrelevanten Zeitraum - nämlich dem Zeitpunkt der letzten rentenablehnenden Verfügung (3. März 2010) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung (7. September 2016) - eine rentenbegründende erhebliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist.

E. 5.3

Die Vorinstanz begründete die letztmalige rechtskräftige materiell rentenabweisende Verfügung vom 3. März 2010 (IV-act. 23) damit, dass beim Beschwerdeführer keine

ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei eine dem Gesundheitszustand angepasste gewinnbringende Teilzeittätigkeit noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar. Als Entscheidungsbasis in medizinischer Hinsicht diene der Vorinstanz insbesondere der von Dr. med. D. _____ ausgestellte Schlussbericht vom 11. November 2009 (IV-act. 20). Dr. med. D. _____, Fachärztin für Allgemeine Medizin des RAD, stütze sich in ihrem Bericht auf das ärztliche Gutachten für die deutsche Rentenversicherung von Dr. med. C. _____ vom 20. Juli 2009. Sie führte keine Hauptdiagnose auf. Als Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Adipositas (BMI 46.3) und als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit "aktenanamnestisch schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom und aktenanamnestisch chronisch-degeneratives Lumbovertebralsyndrom". Sie führte zusammengefasst aus, beim Versicherten beständen Auswirkungen eines massiven Übergewichts auf die Leistungsfähigkeit. Die Diagnose an sich sei keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Erkrankung. Das Übergewicht wirke sich jedoch mindernd auf die körperliche Belastbarkeit aus, sodass keine schweren Arbeiten möglich seien. Diese Einschränkung sei jedoch potentiell reversibel, d.h. rückbildungsfähig, sofern der Versicherte Gewicht abnehme. Für das Schlafapnoesyndrom fänden sich in den Unterlagen keine objektiven Kriterien; ebenfalls liessen sich auch keine objektiven Hinweise für eine Alkoholkrankheit eruieren. Bezüglich des Rückenleidens hätten sich keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten objektiven Befunde nachweisen lassen. In medizinischer Hinsicht sei es wichtig, dass der Versicherte sich einer Gewichtsreduktion und auch eines Alkoholentzugs sowie einer nächtlichen Sauerstofftherapie unterziehe. Momentan müsse von einer Minderung der Arbeitsfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf als Elektrobauleiter von 25 %, bedingt durch die körperliche Minderbelastbarkeit mit Unmöglichkeit des Ausübens schwerer Arbeiten, ausgegangen werden. Nach obengenannter Therapie könne davon ausgegangen werden, dass diese Arbeitsfähigkeit in einem Jahr erhöht oder normalisiert sei. Bezüglich einer angepassten Tätigkeit, welche die genannten Einschränkungen berücksichtige, bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit.

E. 5.4

Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 7. September 2016 stützte sich die Vorinstanz in erster Linie auf die von der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____, Fachärztin für allgemeine Medizin, verfasste Stellungnahme vom 26. August 2016 (IV-act. 68), welche auf ihre vorangegangenen Stellungnahmen vom 29. April 2016 (IV-act. 55) und vom 1. April 2016 (IV-act. 48) basierte. Die entsprechenden Berichte sowie weitere medizinische Dokumente und Unterlagen sind, soweit erforderlich, nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 5.4.1

Aus den anlässlich des Anmeldeverfahrens eingereichten, sich auf den Gesundheitszustand des Versicherten ab Erlass der ersten rentenabweisenden Verfügung (3. März 2010) beziehenden medizinischen Berichten ergibt sich Folgendes:

E. 5.4.1.1

Im Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung F. _____ vom 24. September 2013, welcher anlässlich des Aufenthalts vom 18. Juni bis 10. September 2013 erstellt worden war (IV-act. 44) nannten Dr. med. K. _____ und die Dipl. Psychologin

L._____ folgenden Diagnosen: - Alkoholabhängigkeit (F10.2) - Abklingende Fettleberhepatitis (K70.1) - Sensible, äthyltoxische Polyneuropathie der unteren Extremitäten (G62.1) - Dysthymie mit Restsymptomatik, Z. n. 2 depressiven Episoden (F341) - Schlafapnoesyndrom, CPAP behandelt (G47.3) In der Sozialmedizinischen Epikrise wurde zusammengefasst angegeben, aufgrund der anhaltenden LWS- und Kniebeschwerden sei die Leistungsfähigkeit für eine Tätigkeit als Elektroinstallateur vollständig aufgehoben. Allgemein liege derzeit noch ein vollzeitliches Leistungsvermögen für leichte Tätigkeiten vor. Lasten von mehr als 5-8 kg sollten nicht mehr zugemutet werden, ebenso sollte die Arbeitshaltung im Wechselrhythmus von Stehen, Gehen und Sitzen erfolgen. Häufig wechselnde Arbeitszeiten sowie Tätigkeiten unter Exposition mit Nässe, Zugluft, extrem schwankenden Temperaturen, inhalativen Belastungen sowie Tätigkeiten, die Erschütterung und Vibration einhergehen, seien nicht zumutbar. Die Wegefähigkeit sei gegeben, da der Versicherte in der Lage sei, viermal täglich einen Fussweg von 500 m jeweils unter 20 Min. zurückzulegen. Der Versicherte teile die Einschätzungen bzgl. der allgemeinen Leistungsfähigkeit nicht. Er sei vielmehr der Ansicht, seine Leistungsfähigkeit sei auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollständig aufgehoben.

E. 5.4.1.2

Dr. med. M._____, Facharzt für Chirurgie der Praxisklinik N._____, Zentrum Chirurgie, stellte in seinem Arztbericht vom 7. Oktober 2014 (IV-act. 37) die Diagnose Aussenmeniskusruptur li (M23.3). Im anlässlich der Untersuchung vom 28. April 2015 erstellten Bericht (IV-act. 38) hielt er die Diagnose Degeneration des linken Kniegelenks mit korrigierter Innen-meniskopathie fest und führte dazu aus, der Versicherte sei im November 2014 wegen eines Meniskusschadens in der orthopädischen Klinik H._____ arthroskopiert worden, wobei eine Teilresektion des Innenmeniskushinterhorns sowie eine Knorpelglättung durchgeführt worden sei. Es beständen Belastungseinschränkung des linken Kniegelenks. Es zeige sich auch noch eine Ergussbildung im Kniegelenk; die Muskulatur sei noch deutlich im Oberschenkelbereich verspannt und minderkräftig. Die Belastung des Kniegelenks sei auch im Alltag als deutlich einschränkend zu verspüren.

E. 5.4.1.3

Dr. med. O._____, Facharzt für Chirurgie, stellte anlässlich der Konsultation vom 17. Juni 2015 (IV-act. 39) eine Belastungseinschränkung des linken Kniegelenks fest und wiederholte die bereits von Dr. med. M._____ gestellten Befunde (E. 5.4.1.2). Zusammengefasst bestehe eine deutliche Degeneration des linken Kniegelenks bei Meniskusteilresektion und fortgeschrittener Knorpelschädigung. Unter Krankengymnastik sei ein Wiederherstellen der Beweglichkeit, aber nicht der Belastbarkeit möglich. Unter einer Gewichtsreduktion und entsprechender Reha-Massnahme sei eine Chance einer Besserung der Gelenksymptomatik zu erzielen.

E. 5.4.1.4

Dr. med. P._____, Facharzt für Orthopädie-Unfallchirurgie der orthopädischen Praxis Q._____, stellte in seinem Bericht vom 13. Oktober 2015 (IV-act. 40) folgende Diagnosen: - Rückenschmerzen (M54.99/G) - Coxarthrose bds. (M16.9/BG)beg. - Beweg.einschr. HWS (M99.91/G) - Schwindel (R42/G) - Cerviko-Cephalgie (M53.0/G) - Costotransversale Block. (M99.82/G) - Beweg. Störung BWS (M99.82/G) - Fix. BWS Kyphose (M40.24/G) - Deg. HWS (M47.82/G) - Zervikale Bandscheibendegeneration

(M50.3/G) - Polyarthralgie (M25.50/G) - Polyneuropathie (G62.9/G) Im Befund wurde zusammengefasst festgehalten, "die Halswirbelsäule mit Bewegungseinschränkungen. Reflexe der oberen Extremitäten auslösbar. Teilfixierung der Kyphose der Brustwirbelsäule bei Flachdrücken. Costotransversale Blockaden. Federungsdruckschmerz lumbosakraler Übergang und Iliosakralgelenke. Rotationsstörung beider Hüftgelenke, in Rückenlage mehr rechts, in Bauchlage mehr links. Reflexe der unteren Extremitäten nicht sauber auslösbar. Babinski negativ. Laségue und Bragard negativ. Crepitation beider Kniegelenke". Zur Therapie wurde festgehalten, zu den degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule kämen die degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule. Funktion und Beweglichkeit seien eingeschränkt. Man müsse von einer Reduzierung der Belastungsfähigkeit des Patienten ausgehen.

E. 5.4.1.5

In der sozialmedizinischen Stellungnahme vom 8. Dezember 2015 (IV-act. 42) von Dr. med. R._____, Ärztin für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin und Sozialmedizin, wurde das bisherigen Verfahren wiedergegeben und empfohlen, der Versicherte solle zunächst das bereits befürwortete medizinische Heilverfahren durchführen. Es gelte der Grundsatz Reha vor Rente.

E. 5.4.1.6

Dr. med. G._____, Arzt für Innere Medizin und Rettungsmedizin, hielt in seiner handschriftlichen sozialmedizinischen Stellungnahme vom 10. Februar 2016 (IV-act. 45; act. 1, Beilage 4) folgende Diagnosen fest: - Chronisch degeneratives Lumbalsyndrom, funktionelle Einschränkungen (M54.5) - Chronisches HWS-Syndrom / Zervikozephalgie (M53.8) - Coxarthrose beidseits (M53.8) - Knieinnenschädigung li, Belastungseinschränkung - Schwergradige Adipositas (Grad 3), progredient - Alkoholkrankheit mit vorbeschriebener Polyneuropathie - Schlafapnoe-Syndrom - Art. Hypertonie - Vorbeschriebene depressive Episoden Zusammengefasst führte Dr. med. G._____ aus, es ergebe sich ein nachvollziehbar abgesunkenes quantitatives LV, auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (u.a. fortschreitende schwergradige Adipositas, kombinierte psychopharmakologische Therapie zusätzlich zum vorliegenden orthopädischen Leiden), sodass von einem reduzierten quantitativen Durchhaltevermögen im Gesamtbild ausgegangen werden könne. Besserung liege im Bereich geringer Wahrscheinlichkeit, sei aber nicht vollkommen auszuschliessen.

E. 5.4.1.7

Nachdem die anlässlich des Anmeldeverfahrens eingereichten ärztlichen Berichte Dr. med. E._____, Fachärztin für allgemeine Medizin RAD Rhone, unterbreitet wurden, fasste diese in ihrer Stellungnahme vom 1. April 2016 (IV-act. 48) die Diagnosen sowie den Krankheitsverlauf zusammen und äusserte sich dahingehend, dass sich die massive Adipositas auf die Gelenke ausgewirkt habe. Es beständen eigentlich Beschwerden des ganzen tragenden Skelettes. Eine weitgehende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei wahrscheinlich. Eine angepasste Tätigkeit solle möglich sein. Wahrscheinlich habe sich der Zustand des Patienten verschlechtert, aber weder das Ausmass noch der Beginn sei mit den vorhandenen Unterlagen abschätzbar. Im ersten Schritt werde mindestens der Reha-Austrittsbericht vom 20. Januar 2016 gebraucht.

E. 5.4.1.8

Im in der Folge eingereichten Reha-Bericht des RehaKlinikums S. _____ GmbH vom 20. Januar 2016 (IV-act. 52), welcher anlässlich des Klinikaufenthalts vom 29. Dezember 2015 bis 19. Januar 2016 erstellt worden war, wurde neben den bereits genannten Diagnosen zudem eine Gonalgie links (M25.56) aufgeführt. Im Abschlussbefund und Rehabilitationsergebnis wurde ausgeführt, der Patient berichte über einen unveränderten körperlichen Zustand. Die Schmerzen in der Wirbelsäule seien unverändert im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt.

E. 5.4.1.9

Dr. med. E. _____ befand den Versicherten in ihrem Schlussbericht vom 29. April 2016 (IV-act. 55) in der bisherigen Tätigkeit zu 25 % ab 20. Juli 2009 und spätestens ab Juni 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit hingegen erachtete sie den Versicherten zu 100 % arbeitsfähig. In ihrer Beurteilung führte sie unter anderem aus, die von behandelnden Orthopäden festgehaltenen Befunde sprächen klar gegen eine eindeutige somatische Problematik. Die beschriebenen Befunde seien angesichts der jahrzehntelangen massiven Adipositas recht wenig ausgeprägt. Eine deutliche Gewichtsreduktion, welche zumutbar sei und ein Auftrainieren der Muskulatur würde die Leistungsfähigkeit des Patienten deutlich verbessern. Die Gewichtsreduktion sei zumutbar. Offensichtlich nehme der Patient keinerlei Schmerzmittel. Die zeitliche Limitation der deutschen Rentenversicherung auf max. 6 Stunden pro Tag sei somit nicht zu folgen. Diese Einschränkung beruhe vor allem auf der nicht versicherten Adipositas und einer nicht ausgeschöpften Behandlung.

E. 5.4.2

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurde folgende Berichte zu den Akten gereicht:

E. 5.4.2.1

Im Bericht von Dr. T. _____ der radiologischen Praxis I. _____ welcher anlässlich der Kernspintomographie der Schulter rechts vom 23. Juni 2016 erstellt worden war (IV-act. 63) wurde in der Beurteilung festgehalten, es bestehe keine Rotatorenmanschettenläsion, jedoch ein diskreter Reiz der lateralen Klavikula und eine initiale AC-Gelenksarthrose sowie eine eingeschränkte Beurteilbarkeit durch Bewegungsartefakte. Ausserdem wurde eine umfangreiche Medikamentenliste von Dr. med. U. _____ eingereicht (IV-act. 65).

E. 5.4.2.2

Dr. med. P. _____ wiederholte in seinem Arztbericht vom 29. Juni 2016 (IV-act. 64) die bereits am 13. Oktober 2015 erwähnten Diagnosen (E. 5.4.1.4, IV-act. 40) und führte zudem einen persistierenden Schulterschmerz (M75.4/G) re, Stieda-Pellegrini-Schatten med. Condylus (M76.4/LG), Femoro-pat. Arthrose (M17.9/LG), med. Gonarthrose li Knie (M17.9/LG) sowie Knieschmerz persistierend (M25.5-/LG) auf. Es wurde eine konservative Vorgehensweise ergänzt durch eine medikamentöse Behandlung bei Vorliegen einer AC-Gelenksarthrose mit persistierendem Schulterschmerz mit schmerzhaften Bogen empfohlen.

E. 5.4.2.3

In seiner fachärztlichen Bescheinigung vom 4. August 2016 (IV-act. 61) hielt Dr. med. V. _____, Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, fest, der Versicherte befinde sich seit dem 26. April 2014 in kontinuierlicher psychiatrisch-neurologischer Behandlung. Infolge einer chronischen Schmerzkrankung, Dysthymia und weiteren

somatoformen Störungsbildern sei eine kontinuierliche psychiatrische Behandlung dringend erforderlich gewesen. Die Medikation habe eine gewisse Stabilisierung gebracht, die jedoch in keiner Weise zu einer adäquaten Arbeitsleistung mehr ausreiche. Trotz psychiatrischer Bemühungen beständen weiterhin Schlafstörungen, depressives Gedankenkreisen und die Symptome einer Polyneuropathie mit dementsprechenden Schmerzen. Aus diesen Gründen sei eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Insbesondere seien auch Tätigkeiten, die nicht der Kompetenz der früheren Arbeiten bedürften, auszuschliessen, da eine Zunahme der depressiven Symptomatik unmittelbar aufgrund der kränkenden Gegebenheiten eintreten würden, mit dementsprechender Verstärkung der somatoformen Beschwerden.

E. 5.4.2.4

Nach Einsicht in die anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereichten ärztlichen Berichte hielt Dr. med. E. _____ in ihrer Stellungnahme vom 26. August 2016 (IV-act. 68) an ihren Einschätzungen fest. Sie führte aus, die Unterlagen zeigten ausser einer beginnenden AC-Gelenksarthrose keine relevanten Befunde. Es würden keine Befunde festgehalten, aber von einem "schmerzhaften Bogen" gesprochen. Bei der Festlegung der Limitationen sei dies berücksichtigt worden. Zur fachärztlichen Bescheinigung von Dr. med. V. _____ gab sie an, es würden gewisse depressive Symptome beschrieben, diese erreichten aber nicht das Ausmass einer depressiven Episode. Eine Behandlung sei aber sehr wohl indiziert. Das Ausmass der vorhandenen Beschwerden werde überbewertet / übertrieben. Es werde immer wieder davon gesprochen, dass das Ausmass der beklagten Beschwerden nicht mit den Befunden erklärbar sei, eine psychogene Überlagerung der Beschwerden stehe somit nicht zur Diskussion; dies bedinge aber keine völlige Arbeitsunfähigkeit. Der Patient funktioniere im Alltag sehr wohl. Die subjektive völlige Arbeitsunfähigkeit bestehe rein für lukrative Tätigkeiten. Die mögliche Entwicklung einer Depression wegen narzisstischer Kränkung sei kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit.

E. 5.4.2.5

Dr. W. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA nahm am 7. November 2016 aus psychiatrischer Sicht Stellung (act. 5, Beilage 2) und führte in seiner Zusammenfassung aus, der einst aufgeführte primäre Alkoholismus (offenbar überwunden) sei kein Grund zu einer Rente, ebenso wenig eine Dysthymie. Die angeblich zwei stattgefundenen depressiven Episoden (2007 und 2011) seien längst abgeklungen als sog. double-depression. Laut Dr. V. _____ bestehe noch eine Dysthymie, welche recht häufig sei und zu keiner längerdauernden Arbeitsunfähigkeit führe. Auch die angeführte chronische Schmerzstörung tue dies nicht. Die bisherigen Stellungnahmen zu psychiatrischen Aspekten seien korrekt gewesen. Es gebe aufgrund der eingesehenen Dokumente aus rein psychiatrischer Sicht keinen Grund zu weiterer Abklärung.

E. 5.4.3

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Versicherte weitere Berichte nach:

E. 5.4.3.1

Im auf den 27. Februar 2014 datierten Arztbericht "Tagesstationäre algesiologische Diagnostik (Assessment) vom 18. Februar 2014" des Universitätsklinikums J. _____, Interdisziplinäres Schmerzzentrum (act. 15, Beilage 2), wurde neben den bereits aufgeführten Diagnosen unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), altersentsprechende Osteochondrose und

Spondylarthrose der lumbalen Wirbelsäule (M42.16/M47.86), lumbale Bandscheibenprotrusion LW4/5, mässiggradige relative, mehrsegmentale, lumbale Spinalkanalstenose (M48.06/M51.2) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig teilremittiert (F33.4) erwähnt. Zusammenfassend wurde angegeben, die Schmerzen seien im Rahmen vermehrter psychosozialer Belastungen, derzeit vor allem durch die Arbeitsunfähigkeit und die Arbeitslosigkeit bedingt, exazerbiert. Der Patient neige eher zu Schonverhalten, sei psychisch durch die Schmerzen belastet und habe aufgrund der Schmerzstörung seinen Arbeitsplatz 2008 verloren. Es werde die weitere Behandlung in einem multimodalem Setting empfohlen.

E. 5.4.3.2

Im von Dr. X._____ unterzeichneten Bericht des Krankenhauses H._____, Klinik für Orthopädische Chirurgie, vom 5. Oktober 2016 (act. 8, Beilage 2) wurde im Hinblick auf die HWS-Situation zur Kernspintomographie der HWS geraten. Diese wurde am 25. November 2016 in der Radiologischen Praxis I._____ von Dr. T._____ durchgeführt. Dr. T._____ hielt dazu in seinem Bericht (act. 8, Beilage 1) "Spondylarthrose C4/C7, rechts führende Einengung der Neuroforamina C5/6, flacher links paramedianer Prolaps C6/7 ohne Stenosierung" fest.

E. 5.4.3.3

Im vorläufigen Entlassungsbericht des Krankenhauses H._____, Klinik für Orthopädische Chirurgie, vom 27. Januar 2017 (act. 15, Beilage 1) sowie in dessen Entlassungsbericht vom 16. März 2017 (act. 19, Beilage 1) wurde ausgeführt, die stationäre Aufnahme sei bei für den Patienten unerträglichen Schmerzen im Bereich der rechten Schulter zur weiteren Diagnostik erfolgt. Bei Impingement-Syndrom der rechten Schulter sowie AC-Gelenksarthrose bestehe prinzipiell weiterhin die Indikation zur operativen arthroskopischen Versorgung.

E. 5.4.3.4

In den Stellungnahmen des RAD vom 22. Dezember 2016 sowie vom 23. Februar 2017 (act. 13, Beilage 2; act. 17, Beilage 2), welche anlässlich des Beschwerdeverfahrens eingereicht wurden, führte Dr. med. E._____ zu den Berichten des Krankenhauses H._____ und der Radiologischen Praxis I._____ (E. 5.4.3.2) aus, es werde von einer Arthrose des AC-Gelenks gesprochen. Es fehlten in diesem Bericht jegliche Angaben bezüglich subjektiver Klagen und objektiver Befunde. Der Schweregrad der Behinderung sei so nicht ersichtlich. Normalerweise führe eine Arthrose des AC-Gelenks zu Schmerzen bei der Elevation / Abduktion des Armes auf / über Brusthöhe. Diese Limitation sei bereits berücksichtigt worden und bedeute somit keine Veränderung der Beurteilung. Das MRI ohne entsprechende klinische Informationen sage nicht viel aus. Es beständen deutliche degenerative Veränderungen. Es werde eine Enge eines Neuroforamens angegeben, bei der Anmeldung sei von Cervicobrachialgien die Rede - ohne Angabe welches Dermatom - und nicht von neurologischen Ausfällen. Die Befunde des MRI seien ohne entsprechende klinische Befunde irrelevant; zusammenfassende Befunde seien nötig. Berücksichtige man degenerative Veränderungen der HWS generell, seien keine Schwerarbeiten zumutbar und keine Zwangshaltungen der HWS. Diese Einschränkungen seien aber ebenfalls bereits berücksichtigt. Die zwei vorgelegten Berichte sowie der vorläufige Entlassungsbericht des Krankenhauses H._____ (E. 5.4.3.3) veränderten die Beurteilung nicht.

E. 5.5

Wie vorangehend ausgeführt, beurteilt das Bundesverwaltungsgericht den Sachverhalt bis und mit Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. September 2016 (siehe vorne E. 3.3). Nach diesem Zeitpunkt ergangene Arztberichte können deshalb - sofern sie keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung erlauben - im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Die unter E. 5.4.1.1 bis E. 5.4.1.4, E. 5.4.1.6, E. 5.4.1.8, E. 5.4.2.1 bis E. 5.4.2.3 und E. 5.4.3.1 aufgeführten Arztberichte sind vor Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden und somit Beurteilungsgegenstand. Hingegen sind die Berichte der Dres. X. _____ und T. _____ sowie der Entlassungsbericht des Krankenhauses H. _____ nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden (E. 5.4.3.2 und E. 5.4.3.3). Sie schildern dieselben Beschwerdebilder, deshalb lassen sich aus ihnen Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor Erlass der angefochtenen Verfügung sowie den weiteren Verlauf ziehen, weshalb sie in die Beurteilung des vorliegenden Sachverhaltes einzubeziehen sind.

E. 5.5.1

Vorliegend führten die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ sowie Dr. W. _____ des medizinischen Dienstes der IVSTA für die Beurteilung des Leistungsanspruchs keine eigene ärztliche Untersuchung durch, sondern zogen die medizinischen Atteste der deutschen Ärzte heran und werteten diese aus. Die Stellungnahmen vom 1. und 29. April, 26. August, 7. November, 22. Dezember 2016 und 23. Februar 2017 (IV-act. 48, 55, 68; act. 5, Beilage 2; act. 13, Beilage 2; act. 17, Beilage 2) sind somit reine Aktenberichte. Ihnen kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden, denn sie sind entscheidungsrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.4.3 hiervor), kann darauf nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass die Stellungnahmen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

E. 5.5.1.1

Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ beurteilte die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der vorhandenen Akten des Dossiers. In ihrer ersten Stellungnahme vom 1. April 2016 (IV-act. 48) gab sie an, dass sich der Gesundheitszustand wahrscheinlich verschlechtert habe, das Ausmass jedoch aufgrund der vorhandenen Unterlagen nicht einschätzbar sei. Nachdem ihr der Reha-Bericht des RehaKlinikums S. _____ GmbH (IV-act. 52) vorgelegt worden war, hielt sie die festgehaltenen Befunde für sehr rudimentär und nicht sehr präzise in der Schilderung der Beschwerden. Obwohl Dr. med. E. _____ der Meinung war, dass die Befunde klar gegen eine eindeutige somatische Problematik sprächen, ordnete sie diese Befunde nicht weiter ein. In Bezug auf die psychiatrischen Diagnosen führte sie zur der von Dr. V. _____ beschriebenen Dysthymie (IV-act. 61) am 26. August 2016 aus, dass gewisse depressive Symptome vorlägen, diese aber kein Ausmass einer depressiven Episode erreichten. Eine Behandlung wurde jedoch als indiziert erachtet. Die von Dr. V. _____ diagnostizierten somatoformen Störungsbilder seien keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (IV-act. 68). Dr. W. _____ kam in seiner Stellungnahme vom 7. November 2016 ebenfalls zum Schluss, dass weder die noch bestehende Dysthymie noch die diagnostizierte chronische Schmerzstörung zu einer

längerdauernden Arbeitsunfähigkeit führten (act. 5, Beilage 2). Im Bericht von Dr. V._____ wurde festgehalten, dass der Versicherte sich seit April 2014 kontinuierlich in psychiatrisch-neurologischer Behandlung befunden hat. Dr. V._____ erwähnte ausserdem Schlafstörungen, depressives Gedankenkreisen und die Symptome einer Polyneuropathie mit dementsprechenden Schmerzen. Diese Beschwerdebilder wurden weder von Dr. med. E._____ noch von Dr. W._____ diskutiert. Aus den weiteren Akten geht hervor, dass bereits im Februar 2014 somatisch / psychische Beschwerden vorgelegen haben. So wurde im Arztbericht vom 27. Februar 2014 des Universitätsklinikums J._____ unter Nennung des ICD-10 Codes F45.41 die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aufgeführt und angegeben, die Schmerzen seien im Rahmen vermehrter psychosozialer Belastungen, derzeit vor allem durch die Arbeitsunfähigkeit und die Arbeitslosigkeit bedingt, exazerbiert. Neben einer Osteochondrose und Spondylarthrose wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig teilremittiert erwähnt. Hingegen lagen im September 2014 keine Hinweise für depressive Verstimmungen vor (IV-act. 44, S. 8). Somit ergibt sich insgesamt, dass sich das Ausmass der Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers in psychiatrisch/somatischer Hinsicht allein aufgrund der vorliegenden Akten nicht eindeutig bestimmen lässt. Sowohl Dr. med. E._____ als auch Dr. W._____ hielten weitere Abklärungen für nicht notwendig, mit der Begründung, dass zum einen somatoforme Störungsbilder nicht mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vergleichbar seien und zum anderen, dass eine chronische Schmerzstörung keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit bedinge. Weitere Ausführungen dazu wurden nicht gemacht. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist jedoch bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ein strukturiertes Beweisverfahren nach den definierten Indikatoren vorzunehmen (BGE 141 V 281). Für die Anwendung der Rechtsprechung von BGE 141 V 281 und zuvor ergangener Grundsatzurteile ist unbeachtlich, ob es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) oder um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) handelt (Urteil 8C_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.4 m. w. H.). Demzufolge bedarf die chronischen Schmerzstörung des Beschwerdeführers einer umfassende Abklärung nach dem strukturierten Beweisverfahren. Ebenfalls ist es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei Versicherten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen physischer und psychischer Art unabdingbar, physische und psychische Beeinträchtigungen nicht isoliert, sondern interdisziplinär beurteilen zu lassen (vgl. Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2, mit weiteren Hinweisen). Vorliegend haben sich Dr. med. E._____ und Dr. W._____ lediglich auf die medizinischen Berichte aus Deutschland abgestützt, in welchen die Beschwerden im Einzelnen beurteilt worden sind. Es ist weder eine Abklärung nach dem strukturierten Beweisverfahren erfolgt, noch sind die psychiatrischen und somatischen Beschwerden interdisziplinär untersucht worden. In Bezug auf die somatischen Beschwerden erachtete Dr. med. E._____ am 1. April 2016 die medizinischen Unterlagen als zu ungenau, um den Gesundheitszustand des Versicherten beurteilen zu können und forderte weitere Unterlagen ein (IV-act. 48). Am 22. Dezember 2016 äusserte sie sich zum Bericht des Krankenhauses H._____, Klinik für Orthopädische Chirurgie vom 5. Oktober 2016 (act. 8, Beilage 2) dahingehend, dass wohl von einer Arthrose des AC-Gelenks gesprochen werde, jedoch fehlten in diesem Bericht jegliche Angaben bezüglich subjektiver Klagen und objektiver Befunde. Für Dr. med. E._____ war der Schweregrad der Behinderung allein aufgrund des Arztberichts nicht

ersichtlich. Ebenso betrachtete sie die Befunde des MRI vom 25. November 2016 ohne klinische Information als ungenügend. Zwar stellte sie eine deutliche degenerative Veränderung fest, jedoch bedurfte es ihrer Ansicht nach zusammenfassender klinischer Befunde, welche fehlten. Offensichtlich hielt die RAD-Ärztin die Aktenlage für unvollständig, weitere Abklärungen erachtete sie jedoch als nicht notwendig. Insofern sind ihre Ausführungen widersprüchlich. Im Weiteren führte Dr. med. E. _____ am 29. April 2016 aus, dass der Versicherte offensichtlich keinerlei Schmerzmittel einnehme (IV-act. 55, vgl. auch IV-act. 68). Jedoch wurden bereits im Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung F. _____ vom 24. September 2013 (IV-act. 44, S. 17) die Arzneimittel Ibu 800, welches zur Kurzbehandlung von Schmerzen angewendet wird (<https://compendium.ch/mpub/pnr/1185604/html/de>), Kytta Balsam, ein Präparat gegen Muskel- und Gelenkschmerzen <https://compendium.ch/prod/pnr/5294/de>) und Voltaren-Gel zur äusserlichen Behandlung von Schmerzen, Entzündungen und Schwellungen (<https://compendium.ch/mpro/mnr/1833/html/de>) aufgelistet. Im Reha-Bericht des RehaKlinikums S. _____ GmbH vom 20. Januar 2016 (IV-act. 52, S. 9) wurde als Medikation unter anderem das Arzneimittel Ibuprofen 800 mg angegeben, welches zur Behandlung von Schmerzen, Entzündungen und Fieber, insbesondere bei entzündlichen und degenerativen Rheumaformen eingesetzt wird (<https://compendium.ch/mpro/mnr/1446/html/de>, aufgerufen am 20. Juli 2018). Der Beschwerdeführer reichte schliesslich im Rahmen des Vorbescheidverfahrens die von Dr. U. _____ auf seinen Namen ausgestellte, umfangreiche Medikamentenliste ein, welche unter anderem die bereits erwähnten Arzneimittel auflistet (IV-act. 65). Entgegen der Annahme der RAD-Ärztin geht das Bundesverwaltungsgericht schon aufgrund der Krankheitsbilder mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon aus, dass diese Medikamente für den Beschwerdeführer bestimmt waren und diese eingenommen wurden. Darüber hinaus finden sich in den Akten Hinweise auf eine Ausweitung der Beschwerden. Beispielsweise führte Dr. med. P. _____ in seinem Bericht vom 13. Oktober 2015 (IV-act. 40) die Diagnose Schwindel auf, welche unbeachtet geblieben ist.

E. 5.5.1.2

Insgesamt weisen die Berichte von Dr. med. E. _____ und Dr. W. _____ grobe Mängel auf. Sie stützen sich zum einen auf eine unvollständige Aktenlage, zum anderen ist weder eine interdisziplinäre Untersuchung der somatischen und psychischen Leiden noch eine Abklärung betreffend die Auswirkungen der chronischen Schmerzstörung erfolgt. Die Beurteilungen sind nicht lückenlos, weisen innere Widersprüche auf und können nicht nachvollzogen werden. Sie genügen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht nicht. Die Voraussetzungen für eine blosser Aktenbeurteilung durch den RAD und den medizinischen Dienst der IVSTA können nicht als gegeben erachtet werden.

E. 5.5.2

Der Beschwerdeführer beantragt die Ausrichtungen von Leistungen gestützt auf die Arztberichte aus Deutschland. Es ist deshalb zu prüfen, ob aus den deutschen Krankenakten eine rentenbegründende erhebliche Änderung des Gesundheitszustandes festgestellt werden kann, die einen Leistungsanspruch zu begründen vermag. Die deutschen Ärzte beurteilten die Leistungsfähigkeit des Versicherten unterschiedlich. Während im Reha-Entlassungsbericht vom 24. September 2013 festgehalten wurde, dass leichte, zeitweise im Stehen oder Gehen und überwiegend im Sitzen zu verrichtende Arbeiten im

Umfang von sechs Stunden und mehr noch zumutbar seien (IV-act. 44), wurde im ärztlichen Entlassungsbericht der RehaKlinikum S. _____ GmbH vom 20. Januar 2016 (IV-act. 52) angegeben, der Versicherte sei in der letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit als Elektriker unter 3 Stunden und für den allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte, zeitweise im Stehen und überwiegend im Gehen oder Sitzen zu verrichtende Arbeiten im Umfang von drei bis unter sechs Stunden arbeitsfähig. Dr. G. _____ gab am 10. Februar 2016 an, der Versicherte könne seit November 2015 leichte, zeitweise im Stehen oder Gehen und überwiegend im Sitzen zu verrichtende Arbeiten im Umfang von drei bis unter sechs Stunden sowohl im bisher hauptsächlich ausgeübten Beruf als Reparaturolektriker für Kleingeräte als auch in einer dem Leistungsbild entsprechenden Tätigkeit ausüben. Er hielt eine Besserung bis Februar 2018 für nicht unwahrscheinlich (IV-act. 45; act. 1, Beilage 4). Dr. V. _____ hingegen erachtete eine Arbeitsleistung von über drei Stunden täglich, auch in einer denkbar leichten Arbeitsbelastung, für nicht möglich. Die Arbeitsleistung für den ersten Arbeitsmarkt sei damit nicht mehr gegeben. Eine Restarbeitszeit sei nicht über 10 % anzusetzen. Hinzu kämen die körperlichen Beschwerden, die sich unter der Belastung der Anfahrt und Abfahrt vom Einsatzort addieren würden (IV-act. 61). Obwohl in den Akten sowohl der Krankheitsverlauf des Beschwerdeführer lückenlos dokumentiert wird, als auch teilweise Angaben zu seiner Arbeitsfähigkeit gemacht werden, ist weder ersichtlich, ab welchem Zeitpunkt noch mit welchem Grad der Beschwerdeführer in seiner angestammten oder in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsunfähig ist. Zudem wurde die Arbeitsfähigkeit nicht polydisziplinär abgeklärt. Inwiefern sich die Wechselwirkungen in somatischer und psychiatrischer Hinsicht gestalten, kann aufgrund der deutschen Arztberichte nicht bestimmt werden, denn die Angaben zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführer beschränken sich auf die jeweiligen Fachgebiete der untersuchenden Ärzte. Überdies weisen einige Berichte Mängel auf. Der Arztbericht von Dr. G. _____ ist zum einen schwer leserlich und zum anderen enthält er falsche Angaben betreffend die berufliche Tätigkeit. Der Entlassungsbericht des RehaKlinikum S. _____ ist unvollständig. Die Seite 6 (Abschlussbefund und Rehabilitationsergebnis) fehlt, sodass daraus das Ergebnis des Klinikaufenthalts nicht hervorgeht. Insgesamt stellen die medizinischen Berichte aus Deutschland keine genügende Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (7. September 2016) dar.

E. 5.5.3

In diesem Zusammenhang verlangt der Beschwerdeführer mit Verweis auf den Aufsatz "Zum Stellenwert ärztlicher Berichte aus dem EU-EFTA-Wohnsitzstaat im Abklärungsverfahren der Invalidenversicherung" - welcher sich auf Beweismittel und nicht Entscheide aus dem Ausland bezieht - die Berücksichtigung des deutschen Rentenbescheids in der Gesamtwürdigung. Er führt dazu aus, der auf dem Bericht von Dr. G. _____ vom 10. Februar 2016 basierende Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung vom 2. März 2016 laute auf eine Rentenzusprache ab dem 1. Juni 2016 wegen voller Erwerbsminderung (IV-act. 51). Für den Beweiswert eines Arztberichts ist weder die Herkunft des Berichts noch die Bezeichnung ausschlaggebend, sondern einzig, ob der Bericht den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen genügt (vgl. E. 4.4.1 dieses Urteils). Die medizinischen Berichte aus Deutschland sind vorliegend zur Feststellung des Gesundheitszustands des Versicherten umfassend gewürdigt worden. Anhand dieser Berichte - insbesondere dem Bericht von Dr. G. _____ - lässt sich jedoch kein Anspruch auf eine Invalidenrente ableiten (E. 5.5.2). Sie genügen den Anforderungen an einen ärztlichen Bericht nicht. Im Unterschied dazu besteht gemäss bundesgerichtlicher

Rechtsprechung für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Demnach kann der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass er vom deutschen Sozialversicherungsträger mit Wirkung ab 1. Juni 2016 eine bis 28. Februar 2018 befristete Rente zugesprochen erhalten hat, nichts zu seinen Gunsten ableiten.

E. 5.5.4

Unter den gegebenen Umständen ist festzuhalten, dass eine zuverlässige Einschätzung, in welchem Mass der Beschwerdeführer Einschränkungen unterliegt, aufgrund der bestehenden Aktenlage und ohne dessen persönliche Untersuchung nicht rechtsgenügend beurteilt werden kann. Der rechtserhebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht resp. die Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist durch die Vorinstanz nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 und Art. 49 lit. b VwVG), sodass die Verfügung vom 7. September 2016 aufzuheben ist.

E. 5.5.5

Der Beschwerdeführer verlangt für den Fall, dass ein Leistungsentscheid gestützt auf die deutschen Berichte nicht möglich sei, mit Verweis auf BGE 137 V 210 die Anordnung eines Gerichtsgutachtens in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie, um die Spruchreife im vorliegenden Fall herzustellen. Vorliegend erscheint jedoch eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA auch im Lichte der Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 ausnahmsweise möglich. Zu beachten sind insbesondere die Ausführungen des Bundesgerichts, wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege. Im Rahmen der de lege lata gegebenen Organisation dränge es sich vielmehr auf, das drohende Defizit dort durch gerichtliche Expertisen auszugleichen, wo die Gerichte bei der Würdigung des Administrativgutachtens im Kontext der gesamten Aktenlage zum Schluss kommen, weitere Abklärungen seien notwendig (BGE 137 V 210 ff., E. 4.2). Hier liegt indessen nicht ein vom Bundesverwaltungsgericht zu würdigendes Administrativgutachten im Recht. Vielmehr war die Zulässigkeit eines Aktenberichts durch den medizinischen Dienst der IVSTA zu beurteilen. Wie sich vorstehend gezeigt hat, konnte weder der RAD noch der medizinische Dienst auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Ausserdem sind bisher vollständig ungeklärte Fragen zu beantworten. Eine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen offensichtlich unzulässig, was zwangsläufig zur weiteren Sachverhaltsabklärungen hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären (sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann), auf das Gericht. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, als dass die Aktenbeurteilung

durch den RAD (oder den medizinischen Dienst der Vorinstanz) gestützt auf ausländische Arztberichte, die oftmals weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis der Vorakten und der spezifischen versicherungsmedizinischen Anforderungen der Invalidenversicherung verfasst werden, häufig vorkommen. Daher und aufgrund dessen, dass vorliegend aufgrund der Aktenlage keine genügende Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers erfolgen konnte, ist die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung wird mit der Weisung verbunden, eine pluridisziplinäre, orthopädische, psychiatrische und neurologische Begutachtung des Beschwerdeführers in der Schweiz durchzuführen. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Überdies ist bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung - wie grundsätzlich bei allen psychischen Erkrankungen - ein strukturiertes Beweisverfahren nach den in BGE 141 V 281 definierten Indikatoren vorzunehmen, welches auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen der verschiedenen Störungen basiert (BGE 143 V 418 E. 6 ff.; 141 V 281 E. 3.6 ff.). Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung werden die Gutachter insbesondere auch im Hinblick auf das Zusammenwirken der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen haben. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

E. 5.6

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 7. September 2016 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne von E. 5.5.6 und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 6

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Sein Gesuch vom 5. Oktober 2016 auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ist somit gegenstandslos geworden. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Die Rechtsvertreterin macht in ihrer Honorarnote vom 27. März 2017 (act. 19, Beilage 2) einen Aufwand von 11

Stunden und 10 Minuten à Fr. 250.- und Auslagen von Fr. 196.90 (Fotokopien in der Höhe von Fr. 129.- und Porti in der Höhe von Fr. 67.90) geltend. Dieser geltend gemachte Aufwand erscheint nicht unangemessen. Die Vorinstanz hat den Beschwerdeführer demnach mit Fr. 2'988.70 zu entschädigen. Die Parteientschädigung umfasst keinen Mehrwertsteuerzuschlag im Sinne von Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE.

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