

# **BVGer C-6665/2017 vom 27. Juni 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-06-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6665\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6665_2017)

FR: TAF C-6665/2017 du 27 juin 2019

IT: TAF C-6665/2017 del 27 giugno 2019

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung vom 24. Oktober 2017 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

### **E. 1.4**

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 und 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in (...)/Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) anzuwenden ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage von Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nach-folgend: Verordnung Nr.

1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

## **E. 2.2**

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitglied-staat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA). Demnach richtet sich die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

## **E. 2.3**

Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall.

## **E. 2.4**

Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung.

## **E. 3.1**

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; Benjamin Schindler, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2. Aufl. 2019, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

## **E. 3.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, 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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden 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. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

### **E. 3.3**

Die Behörde hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, BGE 124 V 90 E. 4b; Urteil des BGer 8C\_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

### **E. 3.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person 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 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

### **E. 3.5**

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; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt 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 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee und BGE 122 V 157 E. 1d).

#### **E. 3.6.1**

Aufgabe des Regionalen Ärztlichen Dienstes (wie auch des ärztlichen Dienstes der IVSTA) ist es, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen

(vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Der ärztliche Dienst hat die vorhandenen Befunde nach Massgabe des schweizerischen Rechts aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen. Dessen Stellungnahme kommt insbesondere dann besondere Bedeutung zu, wenn keine Berichte von Sachverständigen vorliegen, die mit den nach schweizerischem Recht erheblichen versicherungsmedizinischen Fragen vertraut sind, sondern eine Vielzahl von Berichten behandelnder sowie vom heimatlichen Versicherungsträger beauftragter Ärztinnen und Ärzte (vgl. Urteil des BVer C-6027/2014 vom 8. Februar 2016 E. 3.2.1; vgl. auch Urteile des BVer C-5655/2015 vom 22. Juni 2017 E. 4.7 und C-7367/2016 vom 1. März 2018 E. 6.2.2).

### **E. 3.6.2**

Die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. oben E. 3.5) genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteil des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des BGer 9C\_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen 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\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.; vgl. auch Urteil C-7367/2016 E. 6.2.3).

### **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, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung vom 6. Oktober 2006 (5. IV-Revision, AS 2007 5129). Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Vorliegend hat der Beschwerdeführer während 123 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, womit er die Mindestbeitragsdauer ohne Zweifel erfüllt (doc. 6, 13).

### **E. 4.2**

Damit bleibt zu prüfen, wann die Invalidität eingetreten ist. Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass nach Art. 29 Abs. 1 IVG ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG entstehen kann. Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG). Vorliegend heisst dies, dass der vom Beschwerdeführer in der Beschwerde beantragte Rentenanspruch ("ab 1. Februar 2017") - unter Berücksichtigung seiner Anmeldung bei der Deutschen Rentenversicherung am 17. Januar 2017 (doc. 8) - frühestens am 17. Juli 2017 entstehen kann (bei Auszahlung ab 1. Juli 2017). Das Bundesverwaltungsgericht hat sich deshalb auf die Prüfung zu beschränken,

ob ab diesem Zeitpunkt bis zum 30. November 2017 die Voraussetzungen für die Gewährung einer Teilrente oder einer ganzen Rente der Invalidenversicherung erfüllt waren. Was den Zeitraum ab 1. Dezember 2017 betrifft, sieht das Gericht - unter Berücksichtigung der aktenkundigen medizinischen Dokumente und der Begründung des medizinischen Dienstes der IV-Stelle (s. dazu E. 4.3.2, E. 4.3.4-4.3.8, E. 4.5) - keinen Anlass, der Beurteilung der Vorinstanz nicht zu folgen, wonach Ende Dezember 2017 ein Anspruch auf eine ganze (ab 1. Dezember 2017 auszurichtende) Rente entstanden ist.

#### **E. 4.3.1**

Vorliegend hat der Beschwerdeführer umfangreiche medizinische Akten zu seiner gesundheitlichen Situation, beginnend bei Röntgenbildern vom 21. Juni 1999 (doc. 80) bis hin zu einem ärztlichen Attest von Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 4. Juni 2018 (B-act. 29 Beilage 3), eingereicht. Unter Berücksichtigung des soeben Gesagten sind diese Akten insbesondere insoweit zu berücksichtigen, als sie Rückschlüsse auf den zu prüfenden Zeitraum vom 17. Juli bis 30. November 2017 zulassen.

#### **E. 4.3.2**

Die Vorinstanz hat im Rahmen ihrer Vernehmlassung vom 9. Februar 2018 (B-act. 15) - gestützt auf die Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2018 (B-act. 15 Beilage 1) - festgehalten, eine volle Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten sei mit Spitaleintritt am 31. Dezember 2017 eingetreten, anlässlich welchem eine globale respiratorische Insuffizienz festgestellt und gleichzeitig (erstmalig) die Indikation zur Dauer-Sauerstofftherapie gestellt worden sei. Zuvor sei der Beschwerdeführer in einer angepassten leichten Verweistätigkeit vollzeitlich arbeitsfähig gewesen, zumal mit einer chronisch obstruktiven Bronchitis (COPD) des Schweregrades GOLD (Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease) III eine leichte Tätigkeit noch ausgeübt werden könne; bei diesem Schweregrad trete nur unter Belastungsbedingungen eine erhebliche Luftnot ein, was bei einer leichten, vorwiegend sitzenden Montagetätigkeit nicht der Fall sei. Massgebend sei für den ärztlichen Dienst der letzte pneumologische Bericht vom 27. April 2017 (doc. 64, 94), der ein Emphysem, ein Erstsekundenvolumen bei 54% des Sollwertes, eine Vitalkapazität bei 80% der Norm und einen arteriellen Sauerstoffpartialdruck P02 74 mmHg (was einem Normalwert unter Ruhebedingungen entspreche) nenne und keine Indikation zur Sauerstofftherapie festhalte. Damit habe der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt eine leichte angepasste Verweistätigkeit (noch) ausüben können. Er habe deshalb erst mit Wirkung ab 1. Dezember 2017 Anspruch auf ganze Rente.

#### **E. 4.3.3**

Der Beschwerdeführer bestreitet diese Würdigung, insbesondere mit Blick auf den Beginn des Rentenanspruchs: In der Beschwerde führt er aus, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit liege bei ihm - hauptsächlich wegen der ihn schwer beeinträchtigenden COPD Gold III - bereits seit dem 23. Februar 2016 vor und sei durchgehend. In ihrem sozialmedizinischen Gutachten vom 16. August 2016 sei (auch) Dr. E.\_\_\_\_\_ zum Schluss gekommen, bei ihm liege seit dem Gutachtenszeitpunkt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor, sowohl in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Aluminiumschweisser als auch in einer leichten Tätigkeit (B-act. 1 S. 2). Zudem habe die Vorinstanz weitere Leiden in ihrer Würdigung nicht berücksichtigt: So sei er am linken Knie seit einem Verkehrsunfall in der Kindheit stark beeinträchtigt, leide er an einem verkürzten linken Bein, einer verkrümmten

Wirbelsäule mit übermässiger Abnutzung der Bandscheiben, einer Beckenschiefstellung, einer Erkrankung an Gicht sowie einer arteriellen Hypertonie. Zwischenzeitlich habe ihm die Deutsche Rentenversicherung eine volle Erwerbsminderungsrente ab 1. Februar 2017 angeboten.

#### **E. 4.3.4**

Zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit kann Folgendes festgehalten werden: Gemäss Angaben auf dem Fragebogen für den Versicherten vom 9. April 2016 (recte: 2017) sei der Beschwerdeführer ab dem 29. März 2016 durchgehend zu 100% arbeitsunfähig gewesen, bis dahin vollzeitlich zu 35 Stunden pro Woche arbeitstätig (doc. 18 S. 1 ff.; so lautend auch die Bestätigung des Krankenversicherers F. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 30. Mai 2016 [doc. 18 S. 19]). Den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Hausarztes wiederum ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 11. Februar 2016 erstmals bis zum 21. März 2016 krankgeschrieben wurde (B-act. 1 Beilage 5). Den Lohnabrechnungen von Januar bis Mai 2016 ist schliesslich zu entnehmen, dass er bereits seit dem 24. Februar 2016 wegen Arbeitsunfähigkeit am Arbeitsplatz fehlte (doc. 18 S. 7 ff.). Letzterem Datum entsprechend ist dem Fragebogen für den Arbeitgeber als Antwort auf die Frage, bis wann der Arbeitnehmer diese Tätigkeit voll ausgeübt habe, der 23. Februar 2016 zu entnehmen (doc. 24 S. 1). Aufgrund der Lohnabrechnungen und den ergänzenden Angaben des Arbeitgebers ist vorliegend davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Schweisser letztmals am 23. Februar 2016 ausgeübt hat und danach seiner Arbeit krankheitsbedingt nicht mehr nachkommen können. Nicht abzustellen ist auf die Selbstangaben im Fragebogen für den Versicherten und auf die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Hausarztes, die nicht Aufschluss darüber gibt, ob der Beschwerdeführer trotz hausärztlicher Bestätigung noch einige Tage gearbeitet hat.

#### **E. 4.3.5**

Bezüglich der hier im Vordergrund stehenden Erkrankung an einer chronischen obstruktiven Bronchitis (COPD) ist den Akten Folgendes zu entnehmen: Im Zeitraum von 2007 bis 2011 codierten die den Beschwerdeführer behandelnden Ärzte die Erkrankung mit dem Schweregrad Gold I (doc. 38, 39, 67 S. 3 [Hinweis auf Bericht vom 29.10.2008]) oder Gold II (doc. 37, 67 S. 3 [Hinweis auf Bericht vom 20.7.2011]). Die GOLD-Einteilung beschreibt den Schweregrad der Atemwegsverengung und wird in seinen Auswirkungen wie folgt beschrieben (aus: < <https://www.leichter-atmen.de/copd-gold-stadien> >, abgerufen am 21.03.2019): GOLD I (leicht) FEV1 80 % des Sollwertes Ein Patient im Stadium GOLD 1 befindet sich im Anfangsstadium der COPD. Die Lungenfunktion weicht hier nur um 0 - 20 Prozent vom Sollwert ab und die Symptome sind meist noch so schwach ausgeprägt, dass die Betroffenen die Erkrankung gar nicht bemerken. GOLD II (mittelgradig) FEV1 80 % und 50 % des Sollwertes Im Stadium GOLD 2 weicht die Lungenfunktion bereits um 20 - 50 Prozent vom Sollwert ab. Die Symptome werden teilweise von den Patienten immer noch nicht als chronisches Krankheitssymptom wahrgenommen. Dies trifft besonders dann zu, wenn die Betroffenen einen eher bewegungsarmen Lebensstil pflegen und so gar nicht erst in Atemnöte kommen. GOLD III (schwer) FEV1 50 % und 30 % des Sollwertes Im Stadium GOLD 3 ist die Erkrankung nicht mehr zu ignorieren. Die Lungenfunktion weicht nun um 50 - 70 Prozent vom Sollwert ab, was teils massive Beschwerden wie Atemnot, Husten und Auswurf zur Folge hat. Schon bei leichten Anstrengungen, z.B. beim Treppen steigen, können sich die Folgen der Erkrankung bemerkbar machen. GOLD IV (sehr schwer) FEV1 < 30 % des Sollwertes Im Endstadium GOLD 4 weicht die Lungenfunktion

um mehr als 70 Prozent vom Sollwert ab. Patienten in diesem Stadium sind chronisch mit Sauerstoff unterversorgt. Sie leiden unter schwerer Atemnot auch im Ruhezustand, weshalb ihre körperliche Belastbarkeit stark eingeschränkt ist. Die zeitlich folgenden Berichte, die eine COPD diagnostizieren, stammen aus den Jahren 2015 ff. und nennen folgende Schweregrade: einen Schweregrad II (Arztbericht vom 31.3.2015 [doc. 49], Arztbericht vom 31.5.2015 [doc. 138], Behandlungsplan vom 10.9.2015 [doc. 50], Arztbericht vom 11.9.2015 [doc. 133], Arztbericht und Behandlungsplan vom 14.3.2016 [doc. 50 S. 4; doc. 51], Arztbericht vom 9.6.2016 [doc. 85], Koronarangiographie vom 23.6.2016 [doc. 91], Ärztlicher Befundbericht vom 30.6.2016 [doc. 55], Arztbericht vom 30.6.2016 [doc. 30], Arztbericht vom 21.7.2016 [doc. 57], Sozialmedizinisches Gutachten vom 16.8.2016 [doc. 21], Behandlungsplan vom 26.4.2017 [doc. 64.2]; einen Schweregrad II-III (Ausführlicher Ärztlicher Bericht E 213 vom 16.5.2017 [doc. 67]); oder einen Schweregrad III (Behandlungsplan vom 25.3.2015 [doc. 42], Arztbericht vom 26.3.2015 [doc. 44], Vorläufiger Ärztlicher Entlassungsbericht vom 8.11.2016 [doc. 75], Ärztlicher Entlassungsbericht vom 9.2.2017 [doc. 20 S. 1], Vorläufiger Arztbrief vom 30.3.2017 [doc. 19], Vorläufiger Entlassbrief vom 31.12.2017 [B-act. 11 Beilage 2], Vorläufiger Arztbrief vom 11.1.2018 [B-act. 13 Beilage 1]). Allein aus der GOLD-Klassifizierung lässt sich vorliegend nicht ableiten, ab wann eine eindeutige Verschlechterung dergestalt eingetreten ist, dass angepasste leichte Tätigkeiten nicht mehr ausgeübt werden konnten (vgl. dazu auch die Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung für die sozialmedizinische Begutachtung, Leistungsfähigkeit bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung [COPD] und Asthma bronchiale, Januar 2010 [nachfolgend: Leitlinien; vgl. < [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/sozmed/begutachtung/leitlinie\\_leistungsfaeigkeit\\_lunge\\_langfassung\\_pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/begutachtung/leitlinie_leistungsfaeigkeit_lunge_langfassung_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=6) , abgerufen am 22.03.2019], Ziff. 5.2.1: Die Schweregradeinteilung der COPD nach GOLD erfolgt nach nur wenigen Parametern [FEV1, FEV1/VC, einzelne klinische Symptome] und ist insofern eine nicht immer ausreichende Einteilung). Zusätzlich ist die Einteilung in Risikogruppen zu prüfen, die das Ausmass der Symptome und die Anzahl akuter Verschlechterungen darstellt (s. nachfolgende Liste). Nachgenannter Quelle zufolge ist letztere Einteilung nicht nur für die Entscheidungen im Therapieverlauf, sondern in Deutschland gar für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente ausschlaggebend ("Statt einer älteren Definition der Schweregrade 1 bis 4 erfolgt nun eine Zuordnung zu den Gruppen A, B, C und D. Diese sind für Entscheidungen im Therapieverlauf, aber auch bei Gewährung einer möglichen Erwerbsminderungsrente wegen COPD maßgeblich." s. <https://rentenbescheid24.de/erwerbsminderungsrente-wegen-copd/> >, abgerufen am 22.03.2019). Gruppe A - 0 bis 1 Exazerbation im letzten Jahr, die nicht im Krankenhaus behandelt werden musste - wenige Symptome (CAT kleiner 10; mMRC 0 bis 1) Gruppe B - 0 bis 1 Exazerbation im letzten Jahr, die nicht im Krankenhaus behandelt werden musste; - mehr Symptome (CAT mindestens 10; mMRC mindestens 2) Gruppe C - mindestens 2 Exazerbationen im letzten Jahr oder mindestens 1 Exazerbation, die im Krankenhaus behandelt werden musste; - wenige Symptome (CAT kleiner 10; mMRC 0 bis 1) Gruppe D - mindestens 2 Exazerbationen im letzten Jahr oder mindestens 1 Exazerbation, die im Krankenhaus behandelt werden musste; - mehr Symptome (CAT mindestens 10; mMRC mindestens 2) Dazu enthalten die Akten folgende ärztliche Beurteilungen: Risikogruppe B: Behandlungsplan vom 25.3.2015 (doc. 42), Arztbericht vom 26.3.2015 (doc. 44), Arztbericht vom 31.3.2015 (doc. 49), Arztbericht vom 31.5.2015 (doc. 138), Behandlungsplan vom 10.9.2015 (doc. 50), Arztbericht vom 11.9.2015 (doc. 133),

Arztbericht vom 14.3.2016 (doc. 50 S. 4), Behandlungsplan vom 14.3.2016 (doc. 51), Arztbericht vom 30.6.2016 (doc. 30), Arztbericht vom 21.7.2016 (doc. 57), Behandlungsplan vom 26.4.2017 (doc. 64 S. 2); Risikogruppe D: Vorläufiger Entlassbrief vom 31.12.2017 (B-act. 11 Beilage 2), Vorläufiger Arztbrief vom 11.1.2018 (B-act. 13 Beilage 1). Damit ist den Klassifikationen der COPD eine deutliche Verschlechterung erst ab Dezember 2017 (Einteilung durchwegs in Klasse Gold III und Wechsel von der Risikogruppe B direkt in die Risikogruppe D am 31.12.2017) zu entnehmen. Wird zusätzlich auf die Sauerstoffsättigung abgestellt, halten die Berichte vom 29. Oktober 2008, 20. Juli 2011, 31. März 2015 und 14. März 2016 (Berichte 1 und 2 erwähnt in doc. 67 S. 3; doc. 49; doc. 50 S. 4) Sättigungen im Normbereich fest. Gemäss Bericht vom 30. März 2017 war zu diesem Zeitpunkt keine Heim-Sauerstofftherapie notwendig (doc. 19), auch gemäss Arztbericht von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 27. April 2017 war keine Indikation für eine Sauerstoff-Langzeittherapie gegeben (doc. 94). Erst im Vorläufigen Entlassbrief vom 31. Dezember 2017 (zur stationären Behandlung vom 30. Dezember 2017 bis 3. Januar 2018) - bestätigt mit dem Vorläufigen Arztbrief vom 11. Januar 2018 - wird auf den aktuellen Beginn einer Heim-Sauerstofftherapie hingewiesen (B-act. 11 Beilage 2, B-act. 13 Beilage 1), was der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 14. Januar 2018 bestätigt (s. Unterlagen zum angeschafften Flüssig-Sauerstoffgerät in B-act. 13).

#### **E. 4.3.6**

Gemäss den Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung (s. E. 4.3.5), die für das schweizerische Verfahren notabene nicht verbindlichen Charakter haben, die aber der weiteren Abgrenzung dienen können, ab wann eine Leistungsfähigkeit auch für eine leichte Tätigkeit nicht mehr gegeben ist, ist Folgendes zu entnehmen: "Ein aufgehobenes Leistungsvermögen auch für eine leichte körperliche Tätigkeit besteht bei einer schweren Dyspnoe schon bei geringster Belastung, einer maximalen ergometrischen Belastbarkeit unter 50 Watt, einer Einsekundenkapazität (FEV1) unter 50 % vom Soll oder unter 1,0 Liter, einer relativen Einsekundenkapazität unter 40 %, einer Resistance von über 1,0 kPa/l s (spezifische Resistance) oder einer Minderung des Transferfaktors unter 50 % vom Soll (bei einem HbCO von unter 1%). Dies gilt auch bei einem erniedrigten arteriellen Sauerstoffpartialdruck unter 60 mm Hg in Ruhe mit weiterem Abfall unter Belastung und in der Regel bei Indikationen zur Langzeit-Sauerstofftherapie gemäss den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Langzeit-Sauerstofftherapie (2007)". Vorliegend datiert der letzte, ausserhalb einer akuten Exazerbation erstellte Fachbericht (im vorliegend relevanten Zeitraum) vom 27. April 2017 (Arztbericht von Dr. G. \_\_\_\_\_; doc. 94): Der behandelnde Arzt nannte darin eine Einsekundenkapazität (FEV1) von 1.79l (54% des Sollwerts), eine Vitalkapazität (VC) bei 80% des Sollwerts (Anmerkung Gericht: gemäss Tab. 8 "Graduierung der Vitalkapazität" der Leitlinien entspricht dieser Wert einer leichten Einschränkung), einen maximalen expiratorischen Spitzenfluss (PEF) von 5.47 l/s, in der Blutgasanalyse einen pO<sub>2</sub>-Wert von 74 mm Hg (in der Referenz von 71-104 mm Hg liegend), einen pCO<sub>2</sub>-Wert von 37 mm Hg (in der Referenz von 35-46 mm Hg liegend), sowie einen CAT-Wert von 28 Punkten (doc. 94 S. 1). Er führte dazu aus, nach einer Infektexazerbation im März dieses Jahres (vgl. dazu Vorläufiger Arztbericht vom 30.3.2017; doc. 19) zeige sich die Lungenfunktion (aktuell) im Vergleich zur Voruntersuchung noch etwas verschlechtert. Es liege eine mittelschwere bronchiale Obstruktion vor. Die Blutgase seien erfreulicherweise stabil. Es gebe keinen Nachweis einer relevanten respiratorischen Insuffizienz, somit auch keine Indikation für eine Sauerstofflangzeittherapie.

#### **E. 4.3.7**

Für den vorliegend relevanten Zeitraum vom 17. Juli bis 30. November 2017 kann damit den Akten - worauf der medizinische Dienst der IV-Stelle zutreffend hingewiesen hat - aus pneumologischer Sicht trotz Vorliegen einer mittelschweren bronchialen Obstruktion keine derart starke und dauerhafte Einschränkung entnommen werden, als dass eine leichte, vorwiegend sitzende Montagearbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht vollzeitlich möglich erschiene. Auch im Ausführlichen Ärztlichen Bericht / E 213 vom 16. Mai 2017 (doc. 67) nannte die untersuchende Ärztin, Dr. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, einen Normalbefund in der Pulsoxymetrie vom 10. Mai 2017, reduzierte Lungenfunktionswerte und hielt in der Körperuntersuchung hinsichtlich der Atmungsorgane seitengleiche Atemexkursionen, keine Atemnot, eine unauffällige Atemfrequenz, Vesikuläratmen (normales Atemgeräusch beim Einatmen), rechts basal vereinzelt ein Giemen ([behindertes] Atemnebengeräusch), einen sonoren Klopfeschall und eine Atembreite (Unterschied des Brustumfangs bei Ein- und Ausatmung) von nicht pathologischen 4 cm fest. Sie schloss auf das Vorliegen einer kombinierten Ventilationsstörung und hielt in pneumologischer Hinsicht als Diagnose eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung Grad 2-3 und Asthma bronchiale unter fortbestehender Nikotinabhängigkeit mit zeitweiser respiratorischer Partialinsuffizienz und mittelgradiger Funktionsbeeinträchtigung (J44.9; J45.9) fest. Sie erachtete eine Arbeitsfähigkeit von 6 Stunden und mehr in leichten Tätigkeiten zeitweise stehend/gehend, überwiegend sitzend, ohne Hitzebelastung, ohne Kälte, Nässe, Zugluft und ohne inhalative Belastungen als zumutbar. Als mögliche Tätigkeiten, die dieses Leistungsprofil beachteten, nannte sie Aufsicht, Überwachung, Pförtner Tätigkeit. Diesbezüglich besteht Übereinstimmung mit der Würdigung von Dr. C. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes. Anzufügen bleibt, dass der Beschwerdeführer seit seinem letzten Spitalaufenthalt vom 29. März bis 6. April 2017 (doc. 19) bis Ende Dezember 2017 weder Rückfälle noch akute Verschlechterungen erlitten hat und bis zu diesem Zeitpunkt nicht auf eine ständige Sauerstofftherapie angewiesen war. Die von der Vorinstanz beantragte Rentengewährung ab 1. Dezember 2017 steht zudem nicht im Widerspruch zum Ärztlichen Attest von Dr. G. \_\_\_\_\_, der am 4. Dezember 2017 bescheinigte, die Lungenfunktion seines Patienten sei beginnend hochgradig eingeschränkt, was unter Belastungsbedingungen zu erheblicher Luftnot führe. Es sei davon auszugehen, dass sein Patient keiner gewinnbringenden Tätigkeit mehr nachgehen könne (B-act. 2 Beilage 1).

#### **E. 4.3.8**

Den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Hausarztes kann diesbezüglich kein Beweiswert zukommen, zumal dieser ohne Begründung und ohne jede Differenzierung vom 11. Februar 2016 bis letztmals am 22. April 2018 (B-act. 21 Beilage 1) eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit attestiert hat. Der oben stehenden Würdigung (E. 4.3.7) widerspricht auch das "zur Sicherung des Behandlungserfolgs" erstellte Sozialmedizinische Gutachten des Medizinischen Dienstes des Krankenversicherers F. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2016, das bereits zum Begutachtungszeitpunkt gestützt "auf die heutige Untersuchung und die Aktenlage" eine Arbeitsunfähigkeit auch für eine leichte Tätigkeit verneinte (doc. 21). Festzustellen ist, dass der Medizinische Dienst (MDK) der F. \_\_\_\_\_ in der Befundung darauf hinwies, dass der Beschwerdeführer über einen Pulsoxymeter verfüge, der eine Sauerstoffsättigung von 91-93% anzeige (Normbereich: 96-100%). In der Zusammenfassung der Anamnese/Befund führte der Gutachter aus, im pulmologischen

Bericht werde eine unter Therapie weitgehend stabile Situation dargestellt, in der kardiologischen Untersuchung habe eine Koronare Herzkrankheit (KHK) ausgeschlossen werden können; als Erklärung für die Atemnot werde daher die COPD sowie eine diastolische Dysfunktion bei arterieller Hypertonie angenommen (Hervorhebung Gericht). In der Beurteilung führte er dann aus, anlässlich der heutigen Untersuchung und den anamnestischen Angaben lasse sich aufgrund der erheblichen Einschränkungen keine Leistungsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte [...] Bezugstätigkeit als Schweisser, aber auch nicht für eine leichte Tätigkeit am Allgemeinen Arbeitsmarkt darstellen. Diese Herleitung vermag in Anbetracht der keine schweren Beeinträchtigungen wiedergebenden Befunde, der Kürze der Begründung und dem offensichtlich gewichtigen Abstellen des Gutachters auf anamnestische Angaben des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen, weshalb nicht darauf abzustellen ist.

#### **E. 4.4**

Bezüglich der vom Beschwerdeführer zitierten, weiteren Diagnosen ist Folgendes festzuhalten:

##### **E. 4.4.1**

Dr. H.\_\_\_\_\_ hielt in ihrem Ausführlichen Ärztlichen Bericht E 213 vom 16. Mai 2017 (doc. 67) zuhanden der Deutschen Rentenversicherung, Bereich Auslandsrenten, (...), als weitere (neben der COPD bestehende) Diagnosen eine posttraumatische Kniegelenksarthrose und Beinverkürzung linksseitig um 2 cm, nach Unfall im Kindesalter, mit leicht- bis mittelgradiger Funktionsbeeinträchtigung (M17), eine chronisch-rezidivierende Lumbalgie bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) mit erstgradigem Wirbelgleiten (Spondylolisthese Grad 1 L5/S1 mit rechtsbetonter Foramenstenose und Osteochondrosen der unteren LWS [M54]), eine Gicht mit Gelenksbeteiligung, medikamentös eingestellt, ohne relevante Funktionsbeeinträchtigung (M10.99), einen Diabetes mellitus Typ II bei Adipositas, eine arterielle Hypertonie sowie eine Fettstoffwechselstörung, gut eingestellt mit leichtgradiger Funktionsbeeinträchtigung (E11.9) fest. Sie hielt in der Befundung anhand einer eigenen Untersuchung einen übergewichtigen Ernährungszustand (Grösse: 166 cm, 87 kg), reizlose Narben am linken Kniegelenk lateral und medial, einen stabilen seelischen Zustand, unauffällige Verhältnisse an Kopf, Hals, Kreislaufsystem, Abdomen, Wirbelsäule, obere Gliedmassen, untere Gliedmassen (am linken Kniegelenk eine vergrößerte Kniegelenkskontur linksseitig, sonst keine Weichteilschwellung, Rötung oder Überwärmung, kein Erguss, retropatellares Reiben beidseits, leicht eingeschränkte Kniegelenksbeweglichkeit links, Patelladruck- und Schiebeschmerz, Zohlen-Zeichen beidseits positiv [Hinweis auf Knorpelschädigung], reizlose Narbenverhältnisse), ein Ruhe-EKG mit unauffälligem Stromkurvenverlauf, einen unauffälligen neurologischen Befund, keine Hinweise auf eine psychovegetative Symptomatik fest. Sie hielt unter Berücksichtigung der genannten Diagnosen dafür, dass unter Beachtung der aufgeführten Einschränkungen regelmässig eine leichte Tätigkeit zu sechs Stunden und mehr ausgeübt werden könne ("Kann angepasste Arbeit in Vollsicht verrichtet werden: ja"). Diese sei vorwiegend im Sitzen auszuüben. Zur pulmonalen Situation hielt sie fest, es ergebe sich eine kombinierte Ventilationsstörung bei unauffälliger Pulsoxymetrie in Ruhe. Es bestehe eine deutliche Funktionseinschränkung, die bei mittlerweile deutlich reduziertem Nikotinkonsum und hoher Veränderungsmotivation einer weiteren intensiven Therapie und Schulung, z.B. im Rahmen eines erneuten vorzeitigen Heilverfahrens in (...), zugänglich

sein sollte. Der (Rehabilitations-) Aufenthalt in (...) mit Nordseereizklima sei sehr schlecht vertragen worden und die Anwendungen (Behandlungen) hätten aufgrund des (akuten) Infekts nicht ausreichend genutzt werden können. Der Versicherte sei in der Lage, mindestens viermal täglich mindestens 500 Meter in je unter 20 Minuten zurück zu legen (doc. 67 S.17).

#### **E. 4.4.2**

Noch am 9. Juni 2017 teilte die Deutsche Rentenversicherung dem Beschwerdeführer mit, sein - mit denselben Beschwerden wie im vorgenannten Bericht begründetes - Gesuch werde abgewiesen, da er bei irgendeiner Tätigkeit noch zu mindestens sechs Stunden pro Tag unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein könne (doc. 28). Dr. I. \_\_\_\_\_ des RAD Rhone führte in seiner Stellungnahme vom 25. Juli 2017 aus, die respiratorische Insuffizienz mit multiplen Exazerbationen rechtfertige eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Heizungsmonteur; eine Herzerkrankung habe ausgeschlossen werden können. Es ergebe sich, dass alle angepassten Tätigkeiten unter Beachtung der funktionellen Einschränkungen vollschichtig d.h. zu 100% ausgeübt werden könnten (vgl. dazu Urteile des BVGer C-6774/2013 vom 21. Januar 2016 E. 12.1 und C-3390/2009 vom 27. Mai 2011 E. 6.2.4). Als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine arterielle Hypertonie sowie einen Diabetes mellitus Typ II. Als funktionelle Einschränkungen in einer angepassten Verweistätigkeit nannte er (wohl unter Berücksichtigung der Knieschädigung, andernfalls insbesondere der Hinweis auf vorwiegendes Sitzen unbegründet wäre): Arbeitsposition überwiegend sitzend, Heben von Gewichten mit max. 15 kg, schwere Arbeiten ausgeschlossen, verschiedene Einflüsse wie Staub, Schlechtwetter, Gerüche, Feuchtigkeit, Kälte, Hitze etc. zu vermeiden.

#### **E. 4.4.3**

Die Ärzte haben damit einen Einfluss der vom Beschwerdeführer genannten weiteren Leiden auf die Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit verneint. Diese Würdigung ist begründet und erscheint nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer nennt keine Gründe, die an dieser Würdigung zweifeln lassen, und beschränkt sich darauf, die einzelnen Beschwerden und ihre funktionellen Auswirkungen aus subjektiver Sicht zu beschreiben, ohne dass sich aus den fachärztlichen Berichten ein entsprechender Hinweis auf eine Arbeitsunfähigkeit entnehmen lässt. Zudem sind in Berücksichtigung auch der Beurteilungen der deutschen Versicherungsärzte alle von ihm geltend gemachten Leiden in die Beurteilung eingeflossen. Das Angebot der Deutschen Rentenversicherung vom 20. Oktober 2017, dem Beschwerdeführer ab 1. Februar 2017 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zu gewähren, kann nicht auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit übertragen werden. Zum einen handelt es sich bei dieser Mitteilung um ein Angebot "zur Erledigung des Widerspruchsverfahrens", zum andern sind die medizinischen und rechtlichen Überlegungen, die diesem Angebot zugrunde liegen, nicht genannt und kann schliesslich von einer Rentengewährung in Deutschland nicht direkt auf einen Anspruch in der Schweiz geschlossen werden (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 396/02 vom 7. Januar 2003 E. 1.2).

#### **E. 4.5**

Damit ist der Würdigung des RAD vollumfänglich zu folgen. Es besteht ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Entstehens des Rentenanspruchs per 17. Juli 2017 eine

gesundheitliche Situation, die die Ausübung einer angepassten leichten Verweistätigkeit uneingeschränkt zulies. Hingegen liegt ab Ende Dezember 2017 aufgrund des Lungenleidens des Beschwerdeführers eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Verweistätigkeit vor, weshalb ihm ab 1. Dezember 2017 eine ganze Invalidenrente zusprechen ist.

#### **E. 5.1**

Damit bleibt der Erwerbsvergleich vom 14. August 2017 zu überprüfen, der für den hier interessierenden Zeitraum vom 17. Juli bis 30. November 2017 einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von aufgerundet 18% ergeben hat (doc. 69). Der Beschwerdeführer hat den Einkommensvergleich nicht bestritten.

#### **E. 5.2**

Die Vorinstanz hat - unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer in Deutschland zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Aluminiumschweisser - zur Vergleichbarkeit der Löhne auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Als Valideneinkommen berücksichtigte sie Tätigkeiten in der Branche Fahrzeugbau (Bruttolohn eines Arbeitnehmers auf Kompetenzniveau 1, zu 40 Std./Woche [Fr. 4'993.-], angepasst an die in der Branche übliche Arbeitszeit von 41.2 Stunden: Fr. 5'142.79 [Fr. 4'993.- / 40 \* 41.2]). Als Invalideneinkommen hielt sie entsprechend dem positiven und negativen Leistungsprofil eine einfache Tätigkeit körperlicher oder handwerklicher Art auf dem Kompetenzniveau 1, zu 40 Std./Woche, im Dienstleistungssektor (von Fr. 4'760.-), unter Berücksichtigung der branchenüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Fr. 4'962.30 [Fr. 4'760.- / 40 \* 41.7]) und zusätzlicher Berücksichtigung eines Leidensabzugs wegen "leichter Funktionseinschränkungen verbunden mit dem Gesundheitsschaden und des Alters des Versicherten" von 15%, fest (Fr. 4'217.96 [4'962.30 / 100 \* 85]). Dieser Leidensabzug ist begründet und erscheint angemessen (BGE 126 V 75 E. 5b.bb-cc). Daraus ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 924.83 ab 31. Mai 2016, entsprechend 17.98% ([100 / Fr. 5'142.79 \* Fr. 924.83]; gerundet 18%) des Valideneinkommens. Dieser Invaliditätsgrad gibt bis zum 30. November 2017 keinen Anspruch auf eine Rente. Ab Ende Dezember 2017 liegt in Berücksichtigung einer vollen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten ein Invaliditätsgrad von 100% vor, der einen Anspruch auf Gewährung einer ganzen Rente ab 1. Dezember 2017 ergibt.

#### **E. 6**

Die Beschwerde vom 20. November 2017 ist damit teilweise gutzuheissen. Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben. Dem Beschwerdeführer ist ab dem 1. Dezember 2017 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Die Sache ist an die Vorinstanz zur Ermittlung der Rentenbetreffnisse und Nach- und Auszahlung der entsprechenden Rente zu überweisen.

#### **E. 7.1**

Entsprechend dem teilweisen Obsiegen sind dem Beschwerdeführer reduzierte Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 400.- aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG), mit dem am 15. Dezember 2017 geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.- zu verrechnen, und sind ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils Fr. 400.- auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

## **E. 7.2**

Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung im Verhältnis des Obsiegens (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Da er jedoch nicht durch einen Rechtsanwalt vertreten wurde, sind ihm keine notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten im Sinne von Art. 64 Abs. 1 VwVG entstanden und ist ihm keine Parteientschädigung auszurichten. Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320]).

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