

BVGer C-6682/2017 vom 27. Mai 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6682_2017

FR: TAF C-6682/2017 du 27 mai 2021

IT: TAF C-6682/2017 del 27 maggio 2021

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021]; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG; SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG 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

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit es die einzelnen Sozialversicherungsgesetze vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a-26bis und 28-70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 VwVG sowie Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 25. Oktober 2017 (act. 82) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem der Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- fristgerecht geleistet worden ist (B-act. 11), ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 25. Oktober 2017 (act. 82), mit welcher die Vorinstanz den Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem Invaliditätsgrad von 30 % abgewiesen hat. Mit Blick auf die Rechtsbegehren des Beschwerdeführers ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz den Rentenanspruch zurecht abgewiesen hat und in diesem Zusammenhang, ob sie den Sachverhalt in erwerblicher und medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 1.5

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. 1.6

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). 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 und 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 2

Im Folgenden sind die weiteren, im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze sowie die bundesgerichtliche Rechtsprechung darzustellen.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist Schweizer und wohnt auf Mauritius. Mangels Sozialversicherungsabkommens zwischen der Schweiz und Mauritius kommt ausschliesslich Schweizer Recht zur Anwendung.

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Im vorliegenden Verfahren finden demnach jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 25. Oktober 2017 in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision]); weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 2.3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat gemäss seinen eigenen, seitens der Vorinstanz unbestritten gebliebenen Angaben während mehr als drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet (act. 31 und 64), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung unter Vorbehalt (vgl. hierzu E. 7 hiernach) erfüllt ist.

E. 2.4

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 8 Rz. 7). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

E. 2.5

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung 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. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG)

in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend nicht gegeben. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 2.6

Tritt die Verwaltung - wie im vorliegenden Fall (vgl. explizit art. 69) - auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3, 117 V 198 E. 4b; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

E. 2.7

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG). Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das

Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können - insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente - Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer *lege artis* gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1), haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial

auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a). Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 3

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren - 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. 3.1). In Anwendung dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung bilden im vorliegenden Fall zeitliche Referenzpunkte einerseits der 7. Januar 2016 (act. 32; Datum der letzten rechtskräftigen Verfügung, welcher eine materielle Beurteilung zu Grunde lag) und andererseits der 25. Oktober 2017 (act. 82; Datum der vorliegend angefochtenen Verfügung), wobei die Feststellung der Veränderung durch eine Gegenüberstellung des vergangenen und des aktuellen Zustandes zu erfolgen hat und Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den - den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden - Tatsachen bildet (vgl. hierzu SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 ff.).

E. 4.1

Im Rahmen des Erlasses der unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 7. Januar 2016 diente der Vorinstanz als Entscheidungsbasis in medizinischer Hinsicht hauptsächlich der Arztbericht des RAD-Arztes Dr. med. D. _____ vom 24. November

2015 (act. 29). In Kenntnis der ausländischen Arztberichte des Kardiologen Dr. I. _____ vom 10. Dezember 2012 (act. 9), des Internisten Dr. J. _____ vom 27. Oktober 2014 (act. 17) und des K. _____ vom 23. September 2015 (act. 23) sowie der Ergebnisse der Computertomographie (CT) vom 27./28. Oktober 2014 (act. 18) diagnostizierte Dr. med. D. _____ einen Status nach Aortenklappenersatz. Er attestierte dem Versicherten weder in der angestammten Arbeit noch in einer Verweisungstätigkeit eine Arbeits- resp. Leistungsunfähigkeit. Im Zusammenhang mit den allgemeinen funktionellen Einschränkungen führte er weiter aus, der Versicherte beklage sich über Schmerzen und Müdigkeitsgefühle. Diesbezüglich fehlten entsprechende Angaben mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in den Arztberichten. Bei dem erwähnten Status sei der gesundheitliche Zustand gut, und die Einnahme von Marcoumar zur Blutverdünnung schliesse eine Berufstätigkeit nicht aus. Schliesslich erwähnte Dr. med. D. _____, gemäss dem Fragebogen Haushalt benötige der Versicherte für alle Aufgaben 20 bis 30 Stunden pro Woche Hilfe von Familienangehörigen. Diese Angabe stehe im Widerspruch zu der fehlenden Einschränkung gemäss den Ziffern 1 bis 5. Er arbeite aus Invaliditätsfremden Gründen nicht.

E. 4.2

Im Zusammenhang mit dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. Oktober 2017 stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf den Bericht von Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom RAD vom 4. August 2017 (act. 71). Diese Stellungnahme sowie weitere Arztberichte sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und zu prüfen, ob vorinstanzlich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist und ob der Beschwerdeführer einen (befristeten oder unbefristeten) Rentenanspruch hat resp. ob die materiellen, kumulativen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG (vgl. zum kumulativen Charakter von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG bspw. Urteil des BGer 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.1) und Art. 28 Abs. 2 IVG erfüllt sind (vgl. E. 2.5 hiervor). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Rentenanspruch gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Aufgrund der vom 1. November 2016 datierenden Neuanmeldung des Beschwerdeführers (act. 35 bis 41) könnte ihm somit frühestens ab Mai 2017 unter der Bedingung, dass die materiellen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG erfüllt sind (vgl. E. 2.5 hiervor), eine IV-Rente ausgerichtet werden.

E. 4.2.1

In seiner Stellungnahme vom 5. Dezember 2016 (act. 43) diagnostizierte Dr. med. E. _____ zur Hauptsache einen Status nach einem Aortenklappenersatz zufolge einer Aortenklappeninsuffizienz im Jahr 2012 (ICD-10: I35.1). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er weiter Zervikobrachialgien bei zervikaler Spondylose und attestierte dem Versicherten weder in der angestammten Arbeit noch in einer den Leiden angepassten Verweistätigkeit eine Arbeits- resp. Leistungsunfähigkeit. Schliesslich berichtete er, die neuen Informationen seien bereits von Dr. med. D. _____ in dessen Bericht vom November 2015 berücksichtigt worden. Zuzufolge Fehlens einer neuen gesundheitlichen Beeinträchtigung oder eines objektiven medizinischen Elements, welches auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands schliessen lasse, seien die

Schlussfolgerungen von Dr. med. D. _____ in dessen Bericht vom November 2015 noch immer aktuell.

E. 4.2.2

In seinem Bericht vom 9. Mai 2017 (act. 55) übernahm Dr. med. H. _____ im Wesentlichen die Diagnosestellung von Dr. med. E. _____ in dessen Stellungnahme vom 5. Dezember 2016 (vgl. E. 5.2.1 hiervor). Wie zuvor schon Dr. med. E. _____ attestierte Dr. med. H. _____ dem Versicherten weder in der angestammten noch in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit eine Arbeits- und Leistungsunfähigkeit. Er war ebenfalls der Ansicht, die beigebrachten Informationen beinhalteten bekannte Beeinträchtigungen, welche zuvor von den Ärzten der IVSTA berücksichtigt worden seien. Aufgrund der Arthritis-Symptome in den Fingern lasse sich mangels eines klinischen, radiologischen oder biologischen Elements keine Arthritis diagnostizieren. Es liege keine objektive, signifikante und dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustands des Versicherten seit der Verfügung vom 7. Januar 2016 vor. Dessen Arbeitsfähigkeit als Strategy Manager sei erhalten geblieben.

E. 4.2.3

Am 4. August 2017 (act. 71) diagnostizierte Dr. med. H. _____ zur Hauptsache eine zervikobrachiale Spondylarthrose ohne Radikulopathie oder Myelopathie (ICD-10: M47.82). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er weiter eine Aortenklappeninsuffizienz (ICD-10: I35.1). Dr. med. H. _____ attestierte dem Versicherten ab dem 27. Oktober 2014 in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, und in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit erachtete er den Versicherten seit jeher als vollständig leistungsfähig. Weiter führte er zusammengefasst aus, bereits der RAD-Arzt Dr. med. D. _____ habe in seinem Bericht vom 24. November 2015 festgestellt, dass es an adäquaten Informationen mangle, um die Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit einschätzen zu können. Der Versicherte sei Träger einer mechanischen Aortenklappe, was kompatibel mit einer vollen Arbeitsfähigkeit sei. Die Beschwerden des Versicherten seien jedoch zentriert auf die Zervikobrachialgien. Der CT-Scan der Wirbelsäule vom 27. Oktober 2014 habe eine zervikale Spondylarthrose (degenerative Problematik) mit einer Fusion auf Höhe C2 bis C3 und eine Platzreduzierung intervertebral auf Höhe C4 bis C5 und C6 bis C7 gezeigt. Die Osteophyten würden zudem möglicherweise einen foraminalen Konflikt verursachen. Die MRT der Halswirbelsäule vom 13. August 2015 habe jedoch keine radikuläre Kompression oder medulläre Stenose gezeigt. Der Radiologe habe lediglich "leichte" degenerative zervikale/distale Probleme festgehalten. Dahingegen habe der behandelnde Allgemeinmediziner Dr. G. _____ in seinen Berichten lediglich die im Scan beobachteten Läsionen sowie das Vorhandensein von Zervikobrachialgien wiederholt und daraus abgeleitet, dass der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig sei. In seinem letzten Bericht erwähne er kein neues zusätzliches klinisches Element zu den Nackenschmerzen zufolge der Spondylarthrose. Auch habe er die im Bericht vom 24. April 2017 erwähnte Arthritis in den Händen nicht mehr erwähnt und den Versicherten weiterhin als arbeitsunfähig erachtet. Weiter berichtete Dr. med. H. _____, die zervikale Arthrose habe eine besonders hohe Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung (weit über 50 % der über Fünfzigjährigen). Die entsprechenden Beschwerden würden proportional mit dem Alter zunehmen. Die erneute Prüfung des Falles führe dazu, dass die Schlussfolgerungen der medizinischen Position vom 24. November 2015 in Frage gestellt würden. Die zur Verfügung stehenden medizinischen

Elemente reichten jedoch zum Entscheid aus. Aufgrund der Zervikalgien und degenerativen Problematik seien lange Reisen und Meetings in der verantwortungsvollen Tätigkeit als Strategy Manager seit dem 27. Oktober 2014 nicht mehr indiziert. In einer leichten, sitzenden und die Wirbelsäule schonenden Verweistätigkeit sei der Versicherte voll leistungsfähig. Eine unkomplizierte zervikale Arthrose ohne radikuläre oder medulläre Beschwerden könne keinen resp. auch keinen teilweisen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben.

E. 4.3

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.7 hiervor), kann auf Stellungnahmen von Fachärztinnen und -ärzten des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass deren Beurteilungen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (resp. an ein Gutachten) genügen und zudem die beigezogenen Ärztinnen und Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Den Stellungnahmen im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG von Dr. med. H. _____ vom 4. August 2017 (act. 71), auf die sich die Vorinstanz anlässlich der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. Oktober 2017 zur Hauptsache abgestützt hatte, und vom 9. Mai 2017 (act. 55) kann volle Beweiskraft zukommen, wenn die übrigen, von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien erfüllt sind. Daran bestehen im vorliegenden Fall Zweifel, obwohl Dr. med. H. _____ Informationsquellen unter anderem in Form von fachärztlichen Berichten aus Mauritius - die der freien Beweiswürdigung des Gerichts unterliegen (vgl. Urteil des BVGer C-6398/2009 vom 18. Mai 2012 E. 2.1; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a) - und Anamnesen zur Verfügung standen und seine Stellungnahmen einerseits die Leiden des Beschwerdeführers berücksichtigten und andererseits in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurden. Zwar verfügt Dr. med. H. _____ als Facharzt für Allgemeinmedizin über zahlreiches Fachwissen in dieser medizinischen Disziplin (vgl. jedoch E. 4.3.1.6 hiernach). Dieser Umstand ändert jedoch nichts daran, dass - in Ermangelung eines lückenlosen Befunds resp. einer widerspruchsfreien Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers - auf das Einholen von weiteren Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärztinnen und -ärzte nicht verzichtet werden kann (zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1), zumal es sich bei der Stellungnahme von Dr. med. H. _____ vom 4. August 2017 auch nicht bloss um die fachärztliche Beurteilung eines - aufgrund eines beweiskräftigen medizinischen Dokuments - an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts handelt (vgl. E. 2.7 hiervor).

E. 4.3.1.1

Eingangs ist festzuhalten, dass die anlässlich der Erstanmeldung vom 24. September 2015 vom Beschwerdeführer eingereichten CT-Scans vom 27. Oktober 2014 (act. 18) sowie die MRT der Halswirbelsäule vom 13. August 2015 (act. 22) bereits im Rahmen des Erstanmeldungsverfahrens von Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom medizinischen Dienst der IVSTA in dessen Stellungnahme vom 24. November 2015 gewürdigt wurden (act. 29).

E. 4.3.1.2

Im Rahmen des vorliegend zu beurteilenden Neuanmeldungsverfahrens (Neuanmeldung vom 1. November 2016; act. 35 bis 41) war Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine

Medizin, vom RAD am 5. Dezember 2016 der Auffassung, die neuen Informationen (Berichte von Dr. G. _____ vom 9. März und 6. Oktober 2016; act. 36, 37 und 42) seien von Dr. med. D. _____ bereits im November 2015 berücksichtigt worden; der entsprechende Bericht sei mangels neuer Gesundheitsprobleme resp. einer Verschlechterung des Gesundheitszustands weiterhin aktuell (act. 43). Dr. med. H. _____ teilte in seiner Stellungnahme vom 9. Mai 2017 (act. 55; vgl. E. 5.2.2 hiervor) in Kenntnis und Würdigung (auch) des Berichts von Dr. G. _____ vom 24. April 2017 (act. 53) vorerst die - auf dem Bericht von Dr. med. D. _____ vom 24. November 2015 (act. 29; vgl. E. 5.3.1.1 hiervor) basierende - Auffassung von Dr. med. E. _____ in dessen Bericht vom 5. Dezember 2016 (act. 43; vgl. E. 5.2.1 hiervor), wobei er im Wesentlichen auch dessen Diagnosen (Hauptdiagnose: Status nach einem Aortenklappenersatz zufolge einer Aortenklappeninsuffizienz im Jahr 2012 [ICD-10: I35.1]; weitere Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Zervikobrachialgien bei zervikaler Spondylose) übernommen hatte.

E. 4.3.1.3

Obwohl Dr. med. H. _____ bereits im Zeitpunkt seiner ersten Stellungnahme vom 9. Mai 2017 (act. 55; vgl. E. 5.2.2 hiervor) Kenntnis der anlässlich der Erstanmeldung vom 24. September 2015 vom Beschwerdeführer eingereichten CT-Scans vom 27. Oktober 2014 (act. 18) sowie der MRT der Halswirbelsäule vom 13. August 2015 (act. 22) hatte, diagnostizierte er in seiner späteren Stellungnahme vom 4. August 2017 (act. 71; E. 5.2.3) neu zur Hauptsache eine zervikobrachiale Spondylarthrose ohne Radikulopathie oder Myelopathie (ICD-10: M47.82), wobei die vorgängig im Mai 2017 als Hauptdiagnose erwähnte Aortenklappeninsuffizienz (ICD-10: I35.1) nunmehr bloss als (weitere) Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde. Gleichzeitig war er jedoch nach Würdigung des Arztberichts von Dr. G. _____ vom 24. April 2017 (act. 65) und insbesondere auch desjenigen vom 5. Juni 2017 (act. 65) der Ansicht, dass dieser Arzt kein neues zusätzliches klinisches Element geliefert habe bzw. keine keiner Veränderung des Gesundheitsschadens vorliege.

E. 4.3.1.4

Zwar lassen eine oder mehrere Diagnosen für sich alleine genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4 mit Hinweisen). Jedoch stellt eine weggefallene Diagnose - gemäss dem Bericht von Dr. med. H. _____ vom 4. August 2017 (act. 71) war nicht mehr wie in der früheren Stellungnahme vom 9. Mai 2017 (act. 55) die Aortenklappeninsuffizienz (ICD-10: I35.1), sondern die zervikobrachiale Spondylarthrose ohne Radikulopathie oder Myelopathie (ICD-10: M47.82) als Hauptdiagnose bezeichnet worden - nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der Gesundheitsverbesserung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weggefallene Diagnose bedeutet nur dann eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (vgl. BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Zwar führte - ohne das Vorliegen neuer relevanter medizinischer Akten - die durch Dr. med. H. _____ am 4. August 2017 vorgenommene Änderung der Diagnosen zu Gunsten des Beschwerdeführers neu zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit dem 27. Oktober 2014 in der angestammten Tätigkeit als Strategy Manager. Da Dr. med. H. _____ jedoch nicht anhand einer aktuellen und aussagekräftigen medizinischen Aktenlage nachvollziehbar aufgezeigt hat, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der

Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 7. Januar 2016 bis zum 25. Oktober 2017 (vgl. E. 4. hiervor) zu seiner neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bzw. zum Wechsel der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit geführt haben (vgl. hierzu SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 ff.), bleibt letztlich unklar, ob es sich bei seiner Beurteilung vom 4. August 2017 lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts handelt, was im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich zu bleiben hat (SVR 2011 IV Nr. 1 S. 1, 8C_972/2009 E. 3.2; Urteil 8C_133/2013 vom 29. Mai 2013 E. 4.1). Diese Unklarheit gilt es seitens der Vorinstanz im Rahmen von weiteren medizinischen Abklärungen zu beseitigen.

E. 4.3.1.5

Darüber hinaus bleibt auch fraglich, ob der Beginn der langandauernden Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Arbeit als Strategy Manager tatsächlich auf den 27. Oktober 2014 zu legen ist. Immerhin ergibt sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer bis zum 31. Dezember 2014 in einem Arbeitspensum von 100 % und anschliessend bis zum 31. Oktober 2015 (letzter effektiver Arbeitstag gemäss Arbeitgeberfragebogen: 30. Oktober 2015) in einem solchen von 70 % bei der ehemaligen Arbeitgeberin C._____ Ltd. in Mauritius erwerbstätig war, wobei der Arbeitsvertrag schliesslich zufolge stetiger Abnahme der Arbeitsleistung aufgelöst wurde (act. 40 S. 6 und act. 52). Unter diesen Umständen und mit Blick auf die Beurteilung von Dr. med. H._____ vom 4. August 2017 stellt sich die von der Vorinstanz ebenfalls noch zu klärende Frage, ob bei dem - ab dem 27. Oktober 2014 generierten - Einkommen möglicherweise auch eine Soziallohnkomponente mitenthalten gewesen war (vgl. zum Soziallohn BGE 143 V 295 E. 2.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/aa).

E. 4.3.1.6

Hinzu kommt schliesslich, dass die Dres. med. D._____, E._____ und H._____ mit Blick auf die beim Versicherten diagnostizierten Leiden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (zervikobrachiale Spondylarthrose ohne Radikulopathie oder Myelopathie [ICD-10: M47.82], Aortenklappeninsuffizienz [ICD-10: I35.1]) als Fachärzte für Allgemeine Medizin nicht über einen Facharztstitel (zumindest) in den Fachdisziplinen Orthopädie und Kardiologie, verfügen. Auch aufgrund dieser Umstände kann den Stellungnahmen dieser Allgemeinmediziner und insbesondere auch derjenigen von Dr. med. H._____ vom 4. August 2017, welche der Vorinstanz in erster Linie als medizinische Entscheidungsgrundlage gedient hatte, kein umfassender Beweiswert beigemessen werden, zumal es sich bei diesen Berichten - wie bereits dargelegt (vgl. E. 2.7 und E. 5.3 hiervor) - nicht bloss um Beurteilungen eines aufgrund eines beweiskräftigen, fachärztlichen medizinischen Dokuments feststehenden medizinischen Sachverhalts handelte.

E. 4.3.2

Nachdem im Zusammenhang mit der Diagnosestellung und der Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Strategy Manager weitere medizinische Abklärungen unumgänglich sind, ergeben sich aufgrund der aktenkundigen medizinischen Dokumentation auch Fragen und Unklarheiten im Zusammenhang mit dem Beginn und des Umfangs der Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit, wie nachfolgend zu zeigen ist.

E. 4.3.2.1

Während Dr. med. H. _____ in seinen Stellungnahmen vom 9. Mai 2017 (act. 55) und 4. August 2017 (act. 71) - wie im Übrigen auch Dr. med. E. _____ in seinem Bericht vom 5. Dezember 2016 (act. 43) unter Bezugnahme auf denjenigen von Dr. med. D. _____ vom 24. November 2015 (act. 29) - davon ausgegangen war, dass beim Beschwerdeführer eine volle Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit gegeben sei, vertrat der behandelnde Hausarzt Dr. G. _____ in seinen Berichten vom 9. März und 6. Oktober 2016 (act. 36 und 37) sowie vom 24. April 2017 (act. 53) die Auffassung, dass der Versicherte arbeitsunfähig resp. für jede Beschäftigung ungeeignet sei; die Präzisierung, wonach dieser - entsprechend dem Bericht vom 24. April 2017 - vollständig behindert und seit dem 1. November 2015 nicht in der Lage gewesen sei, eine Beschäftigung aufzunehmen, erfolgte seitens des Dr. G. _____ in einem weiteren Bericht vom 5. Juni 2017 (act. 65).

E. 4.3.2.2

Zwar trägt das Bundesverwaltungsgericht dem Grundsatz nach der Erfahrungstatsache Rechnung, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; vgl. zum behandelnden Spezialarzt und zum schmerztherapeutisch tätigen Arzt auch Entscheid des Eidg. Versicherungsgericht [EVG; seit 1. Januar 2007: BGer] I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4). Jedoch sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen und im vorliegenden Beschwerdeverfahren auch die vom Beschwerdeführer aufgelegten Berichte von Dr. G. _____ mitzuberocksichtigen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3a cc). Insbesondere durch dessen zeitnäheren Berichte vom 24. April 2017 (act. 53) und 5. Juni 2017 (act. 65), wonach die Intensität der Symptome (Halswirbelsäulen- und beidseitige Schulterschmerzen, verminderte Muskelaktivitäten, Kribbeln in beiden oberen Gliedmassen, Kopfschmerzen, Müdigkeit und Konzentrationsschwäche) mit fortschreitender Krankheit zunehmen würde, sich der Gesundheitszustand mangels adäquater Behandlungsmöglichkeit weiter verschlechtern werde, die Arbeitsfähigkeit seit dem zweiten Halbjahr 2013 kontinuierlich abgenommen habe und seit dem 1. November 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe, wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Ärzte zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Zweifel gezogen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3a cc), zumal Dr. G. _____ auch nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benannt hatte (vgl. hierzu SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Dies ändert jedoch nichts daran, dass auch auf die Berichte von Dr. G. _____ nicht vorbehaltlos abgestellt werden kann, da diese einerseits im Widerspruch stehen zu den Beurteilungen der Dres. med. D. _____, E. _____ und H. _____ und andererseits Dr. G. _____ als ausländischer Arzt mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin nicht vertraut ist (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-3826/2014 vom 19. November 2015 E. 5.3).

E. 4.3.2.3

Mit Blick auf die Beurteilung von Dr. med. H. _____ vom 4. August 2017 (act. 71), wonach Verweistätigkeiten bei Fehlen von radikulären bzw. medullären Symptomen gemäss der Magnetresonanztomographie (MRT) vom 13. August 2015 zumutbar seien, ist schliesslich festzuhalten, dass diese MRT bereits im Rahmen der Erstanmeldung vom 24.

September 2015 (act. 1 bis 5) bzw. der rentenabweisenden Verfügung vom 7. Januar 2016 (act. 32) von Dr. med. D. _____ in dessen Stellungnahme vom 24. November 2015 (act. 29) gewürdigt worden und im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. Oktober 2017 bereits über zwei Jahre alt gewesen war. Da sich Dr. med. H. _____ mit Blick auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachte stetige Verschlechterung des Gesundheitszustandes infolge der durch Osteophyten verursachten radikulären bzw. medullären Symptome nicht hinreichend - bspw. anhand von aktuellen bildgebenden Untersuchungsergebnissen - darüber ausgesprochen hat, inwiefern zwischen den beiden Referenzzeitpunkten (7. Januar 2016 und 25. Oktober 2017) eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat, mangelt es seiner Stellungnahme vom 4. August 2017 auch aus diesem Grund am rechtlich erforderlichen Beweiswert (vgl. hierzu SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 ff.; vgl. hierzu auch E. 4. und E. 5.3.1.4 hiavor).

E. 4.4

Zufolge des vorstehend Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Vorinstanz - obwohl retrospektive Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit schwierig sind und deshalb entsprechende Begutachtungen erhöhten Ansprüchen genügen müssen (vgl. hierzu Urteil des BVerfG C-1421/2013 vom 29. September 2014 E. 3.4.2 mit Hinweis) - im Verfahren nach Art. 44 ATSG weitere medizinische Abklärungsmassnahmen in Form einer umfassenden Begutachtung vorzunehmen hat (vgl. hierzu BGE 142 V 58 E. 5.1; 135 V 465 E. 4.4 bis E. 4.6). Zwar erscheint der Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers in erster Linie auf die medizinischen Disziplinen Orthopädie und Kardiologie fokussiert. Da mit Blick auf die von Dr. med. G. _____ erwähnten zusätzlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Kopfschmerzen, Müdigkeit und Konzentrationsschwäche; vgl. E. 4.3.2.2 hiavor) jedoch die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik auch diesbezüglich noch nicht vollends gesichert ist, hat die Vorinstanz eine polydisziplinäre Begutachtung nach dem Zufallsprinzip (vgl. hierzu BGE 139 V 349 E. 5.2.1) in den medizinischen Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie sowie Kardiologie in die Wege zu leiten (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.2 mit Hinweis). Dabei sind die in BGE 137 V 210 für polydisziplinäre MEDAS-Begutachtungen umschriebenen Anforderungen zu berücksichtigen. Sollte sich anlässlich dieser polydisziplinären Expertise zeigen, dass der Beizug weiterer Expertinnen oder Experten - bspw. einer Neurologin oder eines Neurologen zufolge einer gravierenden Kopfschmerzproblematik und/oder Konzentrationsschwäche - notwendig wäre, läge die entsprechende Entscheidung im Ermessen der die polydisziplinäre Exploration durchführenden Fachpersonen (vgl. hierzu Entscheid des BVerfG 8C_277/2014 vom 30. Januar 2015 E. 5.2; zum Zweck eines interdisziplinären Gutachtens vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1). Im Rahmen dieser notwendigen medizinischen Begutachtung sind sämtliche bisher verfassten ärztlichen Berichte zu würdigen. Da Diagnosen unerlässliche Voraussetzung für eine abschliessende Beurteilung bilden, haben sich die fachärztlichen Gutachterinnen und Gutachter auch mit den aktenkundigen Diagnosestellungen auseinanderzusetzen und - nach feststehenden Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Erwerbstätigkeit und in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit - die Veränderung des Gesundheitszustandes und der damit im Zusammenhang stehende (jeweilige) Beginn der (abgestuften) Arbeits- und Leistungsfähigkeit zwischen dem 7. Januar 2016 und dem 25. Oktober 2017 widerspruchsfrei darzustellen (vgl. E. 4., E. 5.3.1.4 und E. 5.3.2.3 hiavor).

E. 5

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ergibt sich zusammenfassend, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen lässt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.7 hiervor). Die Berichte der Dres. med. D. _____, E. _____, H. _____ und Dr. G. _____ vermögen keine abschliessenden Beurteilungsgrundlagen zu bilden, sondern geben betreffend den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie hinsichtlich der allfälligen medizinischen Veränderungen ab dem Zeitpunkt der erstmaligen Rentenabweisung (Verfügung vom 7. Januar 2016 [act. 32) bis zum Datum der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. Oktober 2017 (act. 82; vgl. auch E. 4. hiervor) Anlass zu weitergehenden Abklärungen. Somit wurde im vorliegend zu beurteilenden Beschwerdeverfahren der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Eine Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung der Auswirkungen sämtlicher Leiden auf die Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit anlässlich einer umfassenden medizinischen polydisziplinären Begutachtung durch entsprechend ausgebildete Fachärztinnen oder Fachärzte in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie sowie Kardiologie (oder in weiteren, durch die Experten oder Expertinnen zu bestimmenden Disziplinen [vgl. hierzu E. 4.4 hiervor]) in der Schweiz ist unter den gegebenen Umständen notwendig und aufgrund der aktuellen Bundesgerichtsrechtsprechung auch möglich, da eine Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2).

E. 6

Nach Vorliegen der entsprechenden aktualisierten medizinischen Abklärungsergebnisse hat die Vorinstanz die Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung zu verifizieren (vgl. E. 2.3 hiervor) und (erneut) zu beurteilen, ob der Beschwerdeführer einen Rentenanspruch hat resp. ob die materiellen, kumulativen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG erfüllt sind (vgl. E. 2.5 und E. 5.2). Weiter hat die Vorinstanz im Rahmen der Bemessung der Invalidität zu beachten, dass der Beschwerdeführer bereits in der Anmeldung vom 24. September 2015 darauf hingewiesen hatte, dass er nach erfolgter Niederlassung auf Mauritius die Absicht gehabt habe, zu arbeiten (act. 5 S. 6), und er präzisierend in seiner E-Mail vom 27. Oktober 2015 zusammengefasst ausgeführt hatte, seit seiner Heirat besorge seine Frau den Haushalt, weshalb es keinen Sinn mache, den Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten auszufüllen; die andauernden Symptome verhinderten die Arbeitssuche und -aufnahme (act. 7). Unter diesen Umständen ist die Invalidität unter dem Vorbehalt weiterer, damit nicht vereinbarer Abklärungsergebnisse nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bemessen. In diesem Zusammenhang hat die Vorinstanz schliesslich auch zu prüfen, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu etwa Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (vgl.

hierzu Urteile des BGer 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie - im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) - nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (vgl. Urteil des BVGer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen).

E. 7

Im Zusammenhang mit der Durchführung eines neuen Einkommensvergleichs (vgl. E. 6. hiervor) ist dem Beschwerdeführer mit Blick auf die replicando am 14. April 2018 gemachten Ausführungen, wonach das unverständliche Desinteresse der IVSTA, sich mit mauritanischen Lohnstrukturen und anderen lokalen Gegebenheiten zu befassen, bezeichnend sei, vor Augen zu führen, dass nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hinsichtlich der Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person der Vergleich des Validen- und Invalideneinkommens auf ein und demselben Arbeitsmarkt erfolgen muss (vgl. BGE 110 V 273) und Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden können, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (BGE 143 V 295 E. 2.2). Ist auf Tabellenlöhne, denen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, abzustellen, sind grundsätzlich immer - unter Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit (BGE 126 V 75 E. 3b bb) - die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3; betreffend Verhältnis LSE 2010/LSE 2012 vgl. BGE 142 V 178). Dabei ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn in der Höhe von höchstens 25 % (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3) Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.3).

E. 8

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde vom 15. November 2017 (Posteingang: 27. November 2017) insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 25. Oktober 2017 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zum Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 9

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

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete

Verfahrenskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für die ihr erwachsenen, notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten zugesprochen werden. Dem nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die unterliegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

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