

BVGer C-817/2021 vom 4. November 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-11-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-817_2021

FR: TAF C-817/2021 du 4 novembre 2021

IT: TAF C-817/2021 del 4 novembre 2021

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Der Beschwerdeführer ist schweizerischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Polen. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 3.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist

die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 3.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person bei einer Invalidität von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente sowie bei einer Invalidität von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente sowie bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % 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, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Das auf den Beschwerdeführer anwendbare FZA (vgl. E. 2 hiervor) sieht diesbezüglich eine Ausnahme vor. So können gestützt auf das FZA und seine Verordnungen - abweichend von Art. 29 Abs. 4 IVG - auch Viertelsrenten ins Ausland ausbezahlt werden, wenn der Begünstigte nicht in der Schweiz, sondern in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnt (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3).

E. 3.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H.). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.).

E. 3.5

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 der Ärztin oder des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 3.6

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).

E. 3.7

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, sondern gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2).

E. 4

Status nach M. Scheuermann Gemäss Nachtrag vom 21. November 2018 zeigt sich im vgl. zur externen MRI Vorkontrolle vom 15. Oktober 2015 unter Berücksichtigung der messtechnischen Ungenauigkeit, keine Grössenprogredienz der Läsion. Diese sei auch in Signalintensität auf T1 und T2 gewichteten Aufnahmen und auf Diffusionsaufnahmen unverändert. Somit erscheint anhand des zeitlichen Verlaufes eine Metastase resp. ein Myelombefall unwahrscheinlich. Die Signalintensitätsveränderungen könnten differentialdiagnostisch zu einem Hibernom passen. Unklar sei die Bedeutung der weiteren kleinen Läsionen in den Processus articulares von BWK 7 und BWK 8 und LWK 1. Eine erneute MRI Verlaufskontrolle in einem Jahr sei empfohlen, da doch ein grenzwertiger SIR nachweisbar sei.

E. 4.1

Die ablehnende Verfügung vom 21. Januar 2021 (act. 202) wurde damit begründet, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten in keiner für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe. Die gemachten Feststellungen würden darauf schliessen lassen, dass noch eine Gesundheitsbeeinträchtigung bestehe, die zu folgenden Funktionseinschränkungen führe: Es seien weiterhin leichte Tätigkeiten möglich und zumutbar, welche kein Heben und Tragen von Lasten über fünf kg, keine wiederholte Drehung des Kopfes oder Rumpfrotation und ebenso keine Überkopfarbeiten oder Fingerfertigkeit erfordern würden. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Landschaftsgärtner betrage weiterhin 100 %, jene in der Ausübung einer den Funktionseinschränkungen angepassten Tätigkeit sei weiterhin zu 50 % zumutbar. Dies

ergebe nunmehr eine Erwerbseinbusse von 59 %.

E. 4.2

Dagegen brachte der Beschwerdeführer vor (BVGer-act. 1), seine gesundheitliche Situation habe sich seit dem B._____ -Gutachten, welches zur Zusprechung der halben Rente geführt habe, verschlechtert und es sei eine Chronifizierung eingetreten. Sogar ausgehend von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 %, bestehe ein Anspruch auf eine höhere Rente, weil sich die Verschlechterung, die auch Dr. med. D._____ klinisch feststellt habe, sich zumindest bei der Frage eines Tabellenlohnabzuges bemerkbar machen müsse. Dr. med. D._____ habe als Facharzt der Rheumatologie lediglich die rheumatologische Seite beurteilt. Die psychiatrischen Aspekte habe er ausser Acht gelassen. Die Arbeitsfähigkeit von 50 % werde zudem lediglich bezogen auf eine optimal angepasste Tätigkeit attestiert. Als optimal angepasst könne aber die bisher im Teilzeitpensum noch als zumutbar erachtete Tätigkeit als Kundengärtner nicht mehr bezeichnet werden. Aufgrund des nicht mehr möglichen Faustschlusses der rechten dominanten Hand sei diese Tätigkeit aus nachvollziehbaren Gründen nicht mehr möglich. Sofern sich die Vorinstanz folglich einfach auf diesen Bericht abstütze, verletze sie den Untersuchungsgrundsatz. Ohne eine entsprechende Abklärung hätte der vorliegende Entscheid nicht gefällt werden dürfen respektive hätte bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades bei widersprechenden Arztberichten nicht einfach von einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden dürfen. Dies gelte umso mehr, als die Arbeitsfähigkeit lediglich aus rheumatologischer Sicht bestätigt worden sei, sich in den Akten aber ohne Weiteres mehrere Hinweise fänden, welche ihm auch eine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht attestieren würden. Dr. med. E._____ gehe ferner davon aus, dass keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei.

E. 4.3

Im Hinblick auf eine Rentenrevision gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG ist zunächst vorliegend der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 25. Januar 2017 mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. Januar 2021 zu vergleichen und zu prüfen, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchrelevanter Weise zu beeinflussen (vgl. E. 3.4 hiervor).

E. 4.4

Beim Erlass der Verfügung vom 25. Januar 2017 (Dok. 202; Ausgangszeitpunkt) betreffend die Ausrichtung einer halben Invalidenrente ab 1. September 2013 stützte sich die Vorinstanz insbesondere auf das B._____ Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie, Otorhinolaryngologie und Neuropsychologie) vom 11. Juli 2016 (act. 187). Diesem können folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (vgl. act. 187 S. 48 f.): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1) - Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung mit zum Teil Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.0, F90.1) - Chronische Handgelenksbeschwerden beidseits (ICD-10 M19) - Beginnende Fingerpolyarthrosen (ICD-10 M15.9) - beginnende Rhizarthrose rechts (ICD-10 M24) - beginnende Arthrose Metakarpophalangealgelenk (MCP) beidseits - Fortgeschrittene Ellbogengelenksarthrose rechts (ICD-10 M24) - Status nach operativer Dekompression rechts Dezember 2012 - Chronisches bilateral links betontes Schulterimpingement-Syndrom beidseits (ICD-10 M75.4) - anamnestisch subakromiale

Einengung links mehr als rechts bei bekannter AC-Gelenksarthrose beidseits - Chronisches zervikospodylogenes bis zervikocephales/zervikobrachiales Schmerzsyndrom (ICD-110 M53.0/M53.1) - Chronisches lumbospodylogenes Schmerzsyndrom rechts betont (ICD-10 M54.5) - Hochgradige Schallempfindlichkeitsschwerhörigkeit beidseits (ICD-10 H90.3) -Tinnitus rechts (ICD-10 H93.1) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende genannt: - Chronische Reflux-Symptomatik (ICD-10 K21 9) - Anamnestisch Status nach Pankreatitis (ICD-10 K85) - prophylaktische Therapie mit Creon - Rezidivierende „Anfälle“ mit Wutausbrüchen und Amnesie unklarer Ursache, nicht epileptisch (ICD-10 R41 8) - Status nach Karpalkanalspaltung links am 14.04.2011 und rechts am 06.12.2012 (ICD-10 G56.0) -Status nach endoskopischer Ulnaris-Dekompression am Ellbogen rechts am 06.12.2012 (ICD-10 G56.2) - Psychomotorischer Entwicklungsrückstand bei perinatalem Hirnschaden laut Angabe (ICD-10 F8x) - aktuell keine objektivierbaren kognitiven Leistungsdefizite im neuropsychologischen Testprofil Die Gutachter führten zusammengefasst aus (vgl. act. 187 S. 53), beim Versicherten bestünden multiple objektivierbare somatische und psychiatrische Einschränkungen, die zu einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit in der früheren angestammten beruflichen Tätigkeit als Landschaftsgärtner sowie für sonstige regelmässige mittel bis körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten führen würden. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe eine 50%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für eine körperlich leichte bis sehr selten mittelschwer belastende, berufliche Tätigkeit unter verschiedenen klar definierten qualitativen Arbeitsplatzbedingungen.

E. 4.5

Im Rahmen der Rentenrevision wurden weitere Berichte eingeholt bzw. eingereicht und Stellungnahmen des IV-Arztes eingeholt:

E. 4.5.1

Dr. med. F. _____, Oberärztin der Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Kantonsspitals G. _____ diagnostizierte am 19. Oktober 2016 (act. 223) ein subacromiales Impingement Schulter beidseits, aktuell rechtsbetont. Nebendiagnosen stellte sie folgende: Chronisch cervicobrachiale Schmerzen bei Verdacht auf Mehr-Etagen-Problematik (neuroforaminale Stenosen C 4 / 5 / 6 beidseits), Polyarthrosen (Ellbogen beidseits), Carpaltunnelsyndrom (CTS) operiert beidseits, fraglich Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) / Differentialdiagnose (DD): depressives Zustandsbild, rezidivierende Hörstürze / Pseudohörstürze. Die Ärztin führte aus, dass die konservativen Massnahmen fortgesetzt würden und in drei Monaten eine Verlaufskontrolle geplant sei. Am 27. März 2017 (act. 224) wurde der Versicherte sodann mit einer subacromialen Infiltration rechts mit Kenacort 40 mg und Lidocain therapiert.

E. 4.5.2

Die Koloskopie, welche Dr. med. H. _____, Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin, am 24. Mai 2017 (act. 250) durchgeführt hatte, war unauffällig.

E. 4.5.3

Am 14. November 2017 diagnostizierte der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, (act. 225) im Wesentlichen Polyarthrosen, Ellenbogenarthrosen beidseits, chronisches cervico-brachiales Schmerzsyndrom beidseits bei Verdacht auf Mehretagen-Problematik, Verdacht auf neuroforaminale Stenosen C4, C5 und C6, CTS beidseits, Status nach massiven myofasziale Befund Nacken, Schulter und

Arm, möglicherweise ADHS, DD: depressives Zustandsbild, knöcherne Foraminaalstenose L4 beidseits mit Kontakt zur Nervenwurzel rechts, Verlagerung und möglicherweise leichter Kompression links. Aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms benötigte der Versicherte regelmässig starke Schmerzmedikamente. Er verschrieb ihm Morphin 2% (act. 226).

E. 4.5.4

Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie in einer privaten orthopädischen Praxis in (...), diagnostizierte am 5. April 2018 (act. 247 S. 2) Folgendes: III. knackender Finger der rechten Hand. Am 9. Oktober 2018 kam die Diagnose rechter Tennisellenbogen hinzu sowie am 17. Oktober 2019 eine degenerative Erkrankung von III. MCP der rechten Hand (act. 247 S. 3).

E. 4.5.5

Gemäss Bericht der Notfallpraxis des Kantonsspitals G. _____ vom 17. Oktober 2018 (act. 227) bestehe beim Versicherten eine bekannte chronische Schmerzproblematik bei Skoliose und multisegmentalen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule. Auffällig erscheine jedoch die zunehmende Schmerzproblematik im Bereich der mittigen Brustwirbelsäule (BWS) welche sowohl unter der medikamentösen Therapie mit Morphinen als auch unter manueller Therapie keine Besserung zeige. Aufgrund dieser Tatsache und auch aufgrund des unklaren Knochenmarkherdes Th6 welcher in der Kernspintomografie (MRI) 2013 beschrieben worden sei, sei eine erneute Abklärung der BWS mittels MRI sinnvoll. Im heutigen Nativröntgen hätten sie keinen Anhalt für eine Wirbelkörpersinterung im Bereich der BWS. Sollten die Untersuchungen ohne zusätzlichen pathologischen Befund bleiben, wäre aufgrund der multilokulären Problematik, des starken Leidensdruckes des Patienten und Wunsch nach einer Veränderung der Schmerzmedikation eine Zuweisung an unser Schmerzzentrum zur interdisziplinären Begleitung möglich.

E. 4.5.6

Der MRI Hals- und Brustwirbelsäule vom 16. November 2018 (act. 228) im Kantonsspital G. _____ kann folgende Beurteilung entnommen werden: 1. Intraossäre Raumforderung auf Niveau BWK 6 mit pathologischem SIR, pathologischer Diffusionsrestriktion und mit Kontrastmittelanreicherung, DD intraossärer möglicher maligner Prozess. Bei fraglich weiteren kleinen Läsionen in den Processus articulares von Brustwirbelkörper (BWK) 7 und BWK 8 resp. im Lendenwirbelkörper (LWK) 1 kommt differentialdiagnostisch eine ossäre Wirbelkörpermetastase in Frage. Weitere Abklärungen empfohlen. 2. Keine Nervenwurzelkompression thorakal nachweisbar. 3. Keine Kornpression der Wurzeln CS beidseits.

E. 4.5.7

Gemäss Bericht von Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Januar 2019 (act. 218) hat die letzte Kontrolle des Versicherten am 14. November 2018 stattgefunden. Er diagnostizierte eine depressive Entwicklung (rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradig F33.2) bei chronischem Schmerzsyndrom und perinatalem Hirnschaden mit leichtgradigem Entwicklungsrückstand sowie Innenohr-schwerhörigkeit. Er prognostizierte eine chronifizierte depressive Entwicklung aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms und Existenz-Ängsten. Unter den bisherigen Bedingungen (harte körperliche Arbeit im Frühjahr/Sommer, um die Existenz der Familie übers Jahr zu gewährleisten) sei mit Fortbestehen der rezidivierenden depressiven Symptomatik zu

rechnen. Die Depression habe sich trotz adäquater Behandlung weiter chronifiziert, ebenso die Schmerzen. Körperliche Arbeit sei ihm immer beschwerlicher geworden und mittlerweile nicht mehr zumutbar. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gärtner sei er bis auf unbestimmte Zeit zu 100% arbeitsunfähig. Ob eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei, könne er nicht beurteilen.

E. 4.5.8

Am 12. April 2019 (act. 230) fand ein MRI Knie links und am 12. November 2019 (act. 256) ein Ultraschall des Abdomens mit Verdauungstrakt statt.

E. 4.5.9

Dem MRI der LWS nativ vom 15. November 2019 (act. 231) der Radiologie K._____ in (...) kann folgende Beurteilung entnommen werden: Kleine nicht neurokompressive Diskushernie L1/2 und L3-S1, keine Neurokompression, geringgradige reizlose Spondyl- und ISG-Arthrosen.

E. 4.5.10

Dr. med. L._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte in seinem Attest vom 19. Dezember 2019 Folgendes (act. 259): degenerative Erkrankung der Wirbelsäule mit mehrstufiger zervikaler und lumbaler Bandscheibenerkrankung, Rezidivierende zervikale und lumbale Schmerzsyndrome, Angst- und Depressionssyndrom.

E. 4.5.11

Am 17. Februar 2020 (act. 261) wurde im Institut M._____ in (...) der rechte Finger des Versicherten geröntgt. Dem MRI Hals- und Brustwirbelsäule vom 27. Februar 2020 (act. 263) im Kantonsspital G._____ kann folgende Beurteilung entnommen werden: 1. Intraossäre Läsion auf Niveau BWK 6 von max. rund 16.3 mm Durchmesser, mit pathologischem SIR, Diffusionsrestriktion und mit Kontrastmittelanreicherung. Die Läsion ist seit 2015 grössenstationär. 2. Zudem insgesamt 3 weitere kleine fokale Läsionen mit Diffusionsstörung und diskreter Kontrastmittelanreicherung im BWK 7, BWK 8 und BWK 1 wobei die Läsion auf Niveau BWK 10 im vgl. zur der Voruntersuchung auf diffusionsgewichteten Sequenz nun besser erkennbar ist und somit eindeutig als Läsion identifizierbar wird. 3. Differentialdiagnostisch kommt somit anhand des zeitlichen Verlaufes weder eine Metastase noch ein Myelombefall in Frage. Weiterhin möglich bleibt die Differentialdiagnose Hibernom, Inseln von blutbildendem Knochenmark. Eine weitere MRI Verlaufskontrolle in 2 Jahren ist empfohlen.

E. 4.5.12

Am 9. März 2020 (act. 264) diagnostizierte Dr. med. D._____, Facharzt für Rheumatologie, Folgendes: - Multifaktorielles chronisches Schmerzsyndrom - Progrediente Ellenbogenarthrose rechts - Status nach endoskopischer Ulnarisdekompression, Ellenbogenarthroskopie rechts und Carpaldachspaltung rechts am 06.12.2012 - Aktivierte MCP Dig III Arthrose rechts - Rezidivierende PHS tendinotica beidseits mehr links als rechts - Links transmurale Ruptur der Supraspinatussehne, Bursitis subacromialis, Tendinosis der langen Bicepssehne - Rechts leichte Bursitis subacromialis, leichte Tendinosis der langen Bicepssehne sowie der Supraspinatussehne (dynamische Sonographie vom 05.03.2020) - Beginnende Gonarthrose beidseits mehr links als rechts (funktionelle Ultraschalluntersuchung vom 27.02.2020) - Status nach CTS-Operation links 2010 - Chronisches panvertebrales, cerviko-thorakal betontes Syndrom mit cervicocephalen

Komponente beidseits und lumbo-spondylogener Komponente links - Moderate osteodiskale foraminale Einengungen C4/5 beidseits, C5/6 links, C6/7 rechts ohne Neurokompression (MRI HWS vom 16.11.2018) - Intraossäre Läsion BWK 6, 3 fokale Läsionen mit Kontrastmittelanreicherung BWK 7, 8 und 10, differentialdiagnostisch kommt anhand des zeitlichen Verlaufes weder eine Metastase noch ein Myelombefall in Frage, weiterhin differentialdiagnostisch Hibernom - Insel von blutbildendem Knochenmark - (MRI vom 27.02.2020) - Kleine nicht neurokompressive Diskusprotrusionen L 1/2, L3/S1 sowie geringgradige reizlose Spondylarthrosen und ISG-Arthrosen (MRI vom 15.11.2019) - Weitere Diagnosen: - Depressives Zustandsbild (genaue Diagnose nicht bekannt, Psychiatrische Behandlung bei Dr. med. Urs J. _____ laufend) - Wiederholte Episoden mit paroxysmalen Verhaltensauffälligkeiten (Wutausbrüche) differentialdiagnostisch psychiatrisch, epileptisch (partiell-komplex / frontal) bedingt, Besserung unter Antiepileptika - Rezidivierende Gastroenteritis (Pseudohörstürze), differentialdiagnostisch myofascial bedingt - Rezidivierende Gastroenteritis - Verdacht auf allergische Rhinitis - Hypercholesterinämie - Allergie auf Penicillin (Atemnot, Exanthem) Betreffend die Arbeitsfähigkeit führte er aus, es besteht kein Zweifel, dass die degenerativ bedingten Funktionsstörungen des rechten Ellbogens sowie des MCP-Gelenks des III. Fingers rechts, die rezidivierenden Schulterbeschwerden sowie das panvertebrale cerviko-lumbal betonte Syndrom mit cerviko-spondylogener Komponente beidseits und lumbo-spondylogener Komponente links eine 50%-ige IV-Rente rechtfertige. Allerdings bestehe aus rheumatologischer Sicht für eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit weiterhin eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit.

E. 4.5.13

Der IV-Arzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, führte in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2020 aus (act. 267), es sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Versicherten erkennbar. Am 17. September 2020 (Doc. 283) hielt er an seiner Einschätzung fest und führte aus, die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Landschaftsgärtner betrage weiterhin 100 %, jene in der Ausübung einer den Funktionseinschränkungen angepassten Tätigkeit sei zu 50 % zumutbar.

E. 4.6

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurden weitere Berichte eingeholt bzw. eingereicht:

E. 4.6.1

Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte am 26. November 2020 (act. 291) Folgendes: Degenerative und proliferative Erkrankung der Wirbelsäule mit mehrstufiger zervikaler und lumbaler Diskopathie, anhaltendes Wurzelschmerzsyndrom. Die Erkrankung sei chronisch fortschreitend und die Prognose einer Heilung erfolglos.

E. 4.6.2

Am 1. Dezember 2020 (act. 290) diagnostizierte Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, Folgendes: fortgeschrittene degenerative Erkrankung des 3. MCP-Gelenks der rechten Hand, degenerative Erkrankung der Lendenwirbelsäule mit anhaltendem Schmerzsyndrom, multiple Gelenkdegeneration (M15). Es wurde eine chirurgische Behandlung der Hand empfohlen.

E. 4.6.3

Der IV-Arzt Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, hielt am 4. Januar 2021 (Doc. 295) daran fest, dass beim Versicherten keine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten sei.

E. 4.7

Nach Erlass der angefochtenen Verfügung wurden im vorliegenden Beschwerdeverfahren ein weiterer Arztbericht und eine Stellungnahme der IV-Ärztin vorgelegt:

E. 4.7.1

Dem Bericht von Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 17. Februar 2021 kann Folgendes entnommen werden (BVGer-act. 1 Beilage 3): In der vergangenen Zeit sei es leider auf verschiedenen Ebenen zu einer Verschlechterung der Gesundheitssituation gekommen. Körperlich sei es zu einer massiven Zunahme der bekannten Gelenkschmerzen gekommen, sodass die Dosis der hochpotenten Opiate noch weiter habe gesteigert werden müssen. Zudem sei es zu einem zunehmenden Taubheitsgefühl im Bereich der Füße gekommen. In Anbetracht massiver degenerativer Veränderungen praktisch aller Gelenker, vor allem aber der rechten Hand (Patient sei Rechtshänder) bestünden erhebliche funktionelle Defizite, insbesondere bei der Greiffunktion, so sei zum Beispiel ein Faustschluss nicht mehr möglich, sodass der Versicherte die Hand nicht mehr benutzen könne. Gemäss der neurologischen und orthopädischen Beurteilung sei auch eine leichte körperliche Tätigkeit nicht zumutbar. Auch psychisch sei es leider in den vergangenen Monaten zu einer deutlichen Verschlechterung der vorbekannten Depression gekommen, wie ihm der behandelnde Psychiater Dr. J._____ mitteilt habe. In Anbetracht der Gesamtsituation sei aus seiner Sicht die Arbeitsfähigkeit gar nicht gegeben, auch nicht für eine körperlich leichte Tätigkeit, was auch die bisher involvierten Fachärzte (Orthopäde, Neurologe und Psychiater) so bestätigt hätten. Aufgrund der chronifizierten Krankheiten und der massiven Verschlechterung innerhalb der letzten Jahre gehe er auch nicht davon aus, dass sich der Zustand nochmals relevant verbessern werde.

E. 4.7.2

Die IV-Ärztin Dr. med. N._____, Fachärztin für Innere Medizin, führte in ihrer Stellungnahme vom 1. Juni 2021 (BVGer-act. 7 Beilage) im Wesentlichen aus, aufgrund der fortschreitenden Beeinträchtigung der Knochengelenke und den verschiedenen medizinischen Würdigungen müssten weitere Abklärungen vorgenommen werden. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müsse sodann die Schwerhörigkeit berücksichtigt werden. Falls die komplette medizinische Dokumentation eine anderweitige zumutbare Tätigkeit denn als Kundengärtner von 50 % indizieren würde, sei ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Handchirurgie, Psychiatrie) einzuholen.

E. 4.8

Angesichts der ärztlichen Berichte und den Ausführungen der IV-Ärztin Dr. med. N._____ vom 29. Januar 2021 liegen Hinweise dafür vor, dass bezüglich mehrerer Leiden des Versicherten keine lückenlose Untersuchungsbefunde vorliegen.

E. 4.8.1

Die von Dr. med. D._____, Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte Minderbelastbarkeit des rechten Ellbogens, des MCP-Gelenks des III. Fingers rechts, die rezidivierenden Schulterbeschwerden und eine beginnende Gonarthrose beidseits sind

vorliegend nicht umstritten. Er hat jedoch keine fachgerechte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vorgenommen. Bei Gesundheitsschäden im Bereich der Orthopädie ist eine Diagnose des Funktionsausfalles (Funktionsdiagnose), d.h. eine qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen für die versicherte Person von zentraler Bedeutung. So sind etwa bei den Bewegungsprüfungen nicht die Winkelgrade ausschlaggebend, wie im Arztbericht angegeben (vgl. act. 264 S. 2), sondern die Brauchbarkeit eines Gelenkes, die praktische Leistungsfähigkeit bzw. die Behinderung im täglichen Leben. Diese sind deshalb bei der Bewegungsprüfung der einzelnen Gelenke zusätzlich anzugeben (vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2). Ferner hat er auch kein Belastungsprofil wie bspw. leichte Tätigkeit, kein Heben und Tragen von Lasten über 5 kg usw. definiert. Auch die anderen sich in den Akten befindenden orthopädischen Berichte erfüllen diese Anforderungen nicht (vgl. act. 223, 247 S. 2 f. und 290). Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, empfahl am 1. Dezember 2020 sodann eine chirurgische Behandlung der Hand, führte jedoch nicht aus, was diese beinhalten würde (act. 290). Der Hausarzt Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erwähnte in seinem Bericht vom 17. Februar 2021 (vgl. E. 4.7.1) es bestünden insbesondere bei der Greiffunktion erhebliche funktionelle Defizite. So sei zum Beispiel ein Faustschluss nicht mehr möglich, sodass der Versicherte die Hand nicht mehr benutzen könne. Diesbezüglich wurden auch keine Abklärungen getätigt. Ferner erwähnte der Rheumatologe Dr. med. O._____ (vgl. act. 187 S. 35) bereits im B._____-Gutachten von Mitte 2016, aufgrund der dokumentierten polyarthrotischen Veränderungen am ganzen Bewegungsapparat sei zukünftig sicherlich nicht mit einer Verbesserung der Beschwerdesymptomatik und dementsprechend der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu rechnen. Im Gegenteil sei davon auszugehen, dass sich die degenerativen Veränderungen im Zeitverlauf weiter verschlechtern würden und sich dementsprechend rheumatologisch-theoretisch auch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit reduzieren könne.

E. 4.8.2

Das von Dr. med. D._____, Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte panvertebrale cerviko-lumbal betonte Syndrom mit cerviko-spondylogener Komponente beidseits und lumbo-spondylogener Komponente links ist vorliegend ebenfalls nicht umstritten. Diese Diagnosen stellte bereits ein Neurologe anlässlich des B._____-Gutachtens Mitte 2016 (vgl. act. 187 S. 40 f.). Der Hausarzt Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte knöcherne Foraminalstenose L4 beidseits mit Kontakt zur Nervenwurzel rechts, Verlagerung und möglicherweise leichter Kompression links (vgl. E. 4.5.3). Dr. med. D._____ und Dr. med. E._____ sind jedoch keine Fachärzte für Neurologie. In Polen war der Versicherte zweimal bei Dr. med. L._____, einem Facharzt für Neurologie, in Behandlung (vgl. E. 4.5.9 und 4.6.1). In seinem Bericht vom 26. November 2020 erwähnte er ein anhaltendes Wurzelschmerzsyndrom. Die Erkrankung sei chronisch fortschreitend und die Prognose einer Heilung erfolglos. Zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten äusserte er sich jedoch nicht. Der Hausarzt Dr. med. E._____ erwähnt sodann ein zunehmendes Taubheitsgefühl im Bereich der Füße (vgl. E. 4.7.1). Diesbezüglich wurden keine Abklärungen getätigt.

E. 4.8.3

Dem Bericht der Notfallpraxis des Kantonsspitals G._____ vom 17. Oktober 2018 (E. 4.4.4) kann der Wunsch des Beschwerdeführers nach einer Veränderung der

Schmerzmedikation entnommen werden. Aus den Akten ist jedoch nicht ersichtlich, ob eine solche stattgefunden hat. Wie auch die IV-Ärztin darauf hinweist, ist der Verlaufsbericht bezüglich der Therapie am Schmerzzentrum des Kantonsspitals G. _____ von Oktober bis Dezember 2018 noch ausstehend (vgl. act. 262). Der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 17. Februar 2021 aus, es zu einer massiven Zunahme der bekannten Gelenkschmerzen, welche bisher als degenerativ beurteilt worden seien, gekommen, sodass die Dosis der hochpotenten Opiate noch weiter gesteigert habe werden müssen, um die Schmerzen erträglich zu machen (vgl. E. 4.7.1).

E. 4.8.4

Des Weiteren kann den Akten kein aktueller Bericht über die gegenwärtigen psychischen Beschwerden und die medikamentöse Behandlung entnommen werden. Die letzte Kontrolluntersuchung beim behandelnden Psychiater Dr. med. J. _____ hat am 14. November 2018 stattgefunden (vgl. E. 4.5.10). Der Hausarzt Dr. med. E. _____ führte am 17. Februar 2021 aus (vgl. E. 4.7.1), psychisch sei es leider in den vergangenen Monaten zu einer deutlichen Verschlechterung der vorbekannten Depression gekommen, wie ihm der behandelnde Psychiater Dr. med. J. _____ mitteilt habe. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, auf welchen Bericht von Dr. med. J. _____ sich der Hausarzt bezieht. Somit ist der Verlauf der psychischen Beschwerden seit der psychiatrischen Expertise von 2016 nicht ersichtlich. Auch in Bezug auf die Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281] können somit keine verlässlichen Schlüsse gezogen werden.

E. 4.9

Demzufolge ist es der versicherungsinternen Ärztin nicht möglich, ein vollständiges Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu erlangen. Es ist daher nachvollziehbar, dass Dr. med. N. _____, Fachärztin für Innere Medizin, davon ausgeht, dass gestützt auf die vorhandenen Akten eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustands und der daraus folgenden allfälligen Arbeitsunfähigkeit nicht möglich ist und daher weitere medizinische Abklärungen erforderlich sind. Für das Bundesverwaltungsgericht sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, weshalb dem übereinstimmenden Antrag der Vorinstanz und des Beschwerdeführers auf Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung nicht entsprochen werden sollte.

E. 4.10

Unbestritten ist, dass eine internistische, neurologische, orthopädische, handchirurgische, rheumatologische und psychiatrische (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung) Abklärung des Beschwerdeführers erforderlich ist. Da die vorliegenden Arztberichte mehrere medizinische Fachgebiete betreffen, ist eine entsprechend umfassende Abklärung des Sachverhalts in Form eines polydisziplinären Gutachtens zu veranlassen, um die gesamtmedizinische Situation rechtsgenügend zu erfassen (vgl. auch Urteil des BVGer C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.7).

E. 5

Insgesamt erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. September 2020 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, in welcher Höhe der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 5.1

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG und in Gutheissung des übereinstimmenden Antrags der Verfahrensbeteiligten zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Überdies würde dem Beschwerdeführer mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

E. 5.2

Die Vorinstanz ist anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Rheumatologie und Psychiatrie (wobei die psychiatrische Abklärung die Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281] zu berücksichtigen hat) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten (z.B. eine Otorhinolaryngologin [vgl. E. 4.4]) beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 m.H.; Urteil des BVGer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8).

E. 5.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 5.4

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 21. September 2020 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 6

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 6.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Be-schwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb dem Be-schwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss 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) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz.

E. 6.3

Dem Gericht steht bei der Festsetzung der Parteientschädigung ein weites Ermessen zu (Urteil des BGer 9C_637/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 5.2; 8C_928/2012 vom 26. April 2013 E. 6). So ist namentlich nicht der geltend gemachte, sondern nur der notwendige Aufwand zu entschädigen (Urteil des BGer 8C_426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3 m.H.). Das Abstellen auf die den jeweiligen Zeitaufwand detailliert ausweisende Honorarnote eines Rechtsvertreters erscheint grundsätzlich als sachgerecht (Urteil des BGer 9C_162/2013 vom 8. August 2013 E. 4.3.2). Werden einzelne Posten der Honorarnote akzeptiert, andere hingegen herabgesetzt, ist jede Reduktion zumindest kurz zu begründen (BGE 141 I 70 E. 5.2 m.H.; 8C_833/2015 vom 10. März 2016 E. 4.2).

E. 6.4

Die Rechtsvertreterin macht mit Kostennote vom 6. Juli 2021 (BVGer-act. 11) für die Bemühungen im Zeitraum vom 2. Februar bis 6. Juli 2021 einen Betrag von insgesamt Fr. 4'026.80 geltend. Dieser setzt sich zusammen aus einem Honorar von Fr. 3'630.- (12.10 Stunden bei einem Stundenansatz von Fr. 300.-) sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 108.90 zuzüglich Mehrwertsteuer von Fr. 287.90.

E. 6.5

Als Zeitaufwand ist Folgendes ausgewiesen: 10.9 Stunden für den Zeitraum bis zur Einreichung der Beschwerdeschrift, 0.40 Stunden für den Mailverkehr mit Dr. D. und 0.80 Stunden für das Erstellen der Replik.

E. 6.5.1

Der geltend gemachte Zeitaufwand erscheint aus den nachstehenden Gründen als zu hoch, weshalb er wie folgt anzupassen ist:

E. 6.5.2

Für die Ausarbeitung der Beschwerdeschrift von 10 Seiten wird ein Aufwand von insgesamt 10.9 Stunden geltend gemacht. Dieser ist überhöht, zumal die Beschwerdeschrift grosszügig formatiert ist (vgl. Urteil des BGer I 463/06 vom 23.4.2007 E. 8.4). Als notwendig und angemessen erweisen sich der Aufwand der Rechtsvertreterin für das Studium Arztberichte, das Aktenstudium und Recherchen IV, die Korrespondenz mit dem

Klienten und einem Arzt und das Verfassen bzw. Überarbeiten der Beschwerdeschrift. Nicht entschädigt werden kann der geltend gemachte Aufwand für deren Fertigstellung abzüglich der Mail an den Klient (0.20 Stunden) im Umfang von insgesamt 1.10 Stunden, zumal davon auszugehen ist, dass es sich dabei um Sekretariatsarbeit (Redaktion, Rechtschreibung) handelt, die im Stundenansatz als inbegriffen gilt (vgl. Urteil des BVGer C-3415/2016 vom 7. Januar 2019 E. 10.2.1 m.H.). Insgesamt erscheint ein Aufwand von 9.80 Stunden als notwendig und angemessen.

E. 6.5.3

Der sodann geltend gemachte Aufwand für die Korrespondenz mit einem Arzt (0.40 Stunden) und dem Verfassen der zweiseitigen Replik (0.80 Stunden) von 1.20 Stunden wird als angemessen erachtet.

E. 6.5.4

Der im Weiteren verlangte Auslagenersatz von insgesamt Fr. 108.90 ist nicht zu beanstanden.

E. 6.5.5

Für im Ausland wohnende Personen, welche die Dienste einer in der Schweiz ansässigen Rechtsvertreterin in Anspruch nehmen, ist keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 lit. a des Bundesgesetzes vom 2. September 1999 über die Mehrwertsteuer [MWSTG, SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 lit. c VGKE).

E. 6.6

Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit der vorliegend zu beurteilenden Fragen ist somit ein Aufwand von 11.00 Stunden angemessen. Der geltend gemachte Gesamtaufwand von 12.10 Stunden ist demnach um 1.10 auf 11.00 Stunden zu reduzieren. Als Stundenansatz ist - wie in der Honorarnote angegeben - von Fr. 300.- auszugehen, womit ein Honorar von aufgerundet Fr. 3'300.- resultiert. Inklusive der Auslagen, aber ohne Mehrwertsteuer, resultiert eine Parteientschädigung von Fr. 3'408.90 (Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE). Die Parteientschädigung ist von der Vorinstanz nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu leisten. (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite)

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