



---

Abteilung III  
C-3024/2017

## Urteil vom 1. Mai 2019

---

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),  
Richter Beat Weber, Richter David Weiss,  
Gerichtsschreiberin Anna Wildt.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
vertreten durch Dr. iur. Markus Wick, Advokat,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Neuanmeldung,  
Verfügung der IVSTA vom 25. April 2017.

**Sachverhalt:****A.**

**A.a** Der am (...) 1959 geborene deutsche Staatsangehörige A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) lebt in Deutschland. Von 1981 bis 1989 arbeitete er als Industrielackierer in der Schweiz und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV); zuletzt war er bis zum 28. Oktober 2002 als Kraftfahrer für die Firma B. \_\_\_\_\_ in Deutschland erwerbstätig (Vorakten 24, 31). Aufgrund von psychischen Problemen und Depressionen stellte er am 16. April 2007 über den deutschen Versicherungsträger bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend IVSTA) ein Gesuch zum Bezug von IV-Leistungen in der Schweiz (Formular E 204; Vorakten 16). Der Anmeldung lagen ein ärztlicher Formularbericht E 213 vom 25. Juli 2007 sowie Berichte der behandelnden Ärzte in Deutschland bei (Vorakten 5 – 12, 28). Nach der Durchführung von Abklärungen nahm der medizinische Dienst der IVSTA am 3. August 2008 Stellung zum medizinischen Dossier (Vorakten 33). Als Hauptdiagnose hielt er depressive Episoden fest, bei Status nach einer schwergradigen depressiven Episode vom Februar 2007 - reaktiv bei Arbeitslosigkeit und finanziellen Problemen - und Status nach einer mittelgradigen depressiven Episode vom 21. Februar bis zum 20. März 2008. Gestützt auf diese medizinische Einschätzung lehnte die IVSTA mit Verfügung vom 23. Oktober 2008 das Leistungsbegehren ab, da keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit für die Dauer eines Jahres vorgelegen habe (Vorakten 36).

**A.b** Auf zwei weitere Anträge auf Zusprechung einer IV-Rente trat die IVSTA mangels Glaubhaftmachung eines geänderten Sachverhalts mit Verfügungen vom 3. September 2009 und vom 9. August 2011 nicht ein (Vorakten 40 und 57).

**A.c** Nach dem Eingang der dritten Neuanmeldung vom 12. März 2012, inklusive eines Arztberichts vom 14. Februar 2012, mit den Diagnosen Grand Mal Epilepsie seit Mai 2009, Neuroborreliose und chronische Polyarthritits (Vorakten 60 bis 63), stellte die IVSTA dem Versicherten zunächst mit Vorbescheid vom 21. August 2012 in Aussicht, sein Gesuch nicht prüfen zu können (Vorakten 102). Hiergegen liess jener durch seinen neu mandatierten Rechtsvertreter am 26. September 2012 Einwand erheben (Vorakten 107).

**A.d** In der Folge führte die IVSTA medizinische und erwerbliche Abklärungen durch und holte unter anderem Expertisen von drei Gutachtern ein

(psychiatrisches Gutachten von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 30. September 2013, „interdisziplinäres“ Gutachten aus dem Fachbereich der Rheumatologie von Dr. D. \_\_\_\_\_ und psychiatrisch-psychotherapeutisches Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2015; Vorakten 152 und 254 - 257). In den folgenden drei Vorbescheiden vom 8. Januar 2014, vom 3. Juni 2014 und vom 22. Januar 2016 stellte die IVSTA dem Versicherten die Abweisung seines IV-Rentenbegehrens in Aussicht (Vorakten 172, 188, 271), woraufhin jener jeweils Einwand erheben und unter anderem mehrmals die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens beantragen liess (vgl. Einwände vom 12. Februar, 9. Juli 2014 und vom 26. Februar 2016; Vorakten 167, 193 und 272).

**A.e** Mit Verfügung vom 25. April 2017 hielt die IVSTA (nachfolgend Vorinstanz) nach weiteren Abklärungen fest, der Versicherte habe keinen Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer act.], Beilage zu BVGer act. 1). Zur Begründung führte sie an, es bestehe zwar eine Gesundheitsbeeinträchtigung mit funktionellen Einschränkungen, welche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fahrer zur Folge habe. Es sei dem Versicherten aber noch jede leichtere, dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit zumutbar. Daraus ergebe sich nach einem Einkommensvergleich eine Erwerbseinbusse von 22% (recte: 23%; vgl. Vorakten 288 und Duplik), weshalb von keiner rentenbegründenden Invalidität ausgegangen werden könne.

**B.**

Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seinen Rechtsanwalt am 29. Mai 2017 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben und beantragen, die Verfügung vom 25. April 2017 sei aufzuheben, es sei ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen und ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens und anschließenden Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen (BVGer act. 1). In prozessualer Hinsicht ersuchte er um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Bestellung des unterzeichnenden Anwalts als unentgeltlichen Rechtsbeistand.

**C.**

In ihrer Vernehmlassung vom 29. Juni 2017 (BVGer act. 4) hielt die IVSTA an der angefochtenen Verfügung fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

**D.**

Mit Verfügung vom 9. August 2017 (BVGer act. 7) hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete dem Beschwerdeführer seinen Rechtsvertreter als gerichtlich bestellten Anwalt bei.

**E.**

In der Replik vom 10. August 2017 (BVGer act. 8) hielt der Beschwerdeführer an seinen Beschwerdeanträgen fest und kritisierte die fehlende Überprüfbarkeit der Daten für den Einkommensvergleich.

**F.**

Mit Duplik vom 30. August 2017 (BVGer act. 10) gab die IVSTA die für den Einkommensvergleich herangezogenen Lohnstatistiken bekannt.

**G.**

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****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). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

**2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 25. April 2017, mit der die Vorinstanz das erneute Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanschuldung.

**3.**

**3.1** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 25. April 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

**3.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 25. April 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**4.**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. 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).

**5.**

**5.1** 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).

**5.2** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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).

**5.3** Wurde eine Rente auf der Basis eines früheren Leistungsbegehrens wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so richtet sich die Prüfung eines neuen Leistungsgesuches grundsätzlich nach den Regeln der Rentenrevision (BGE 130 V 71 E. 3). Gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Verordnungsbestimmung erfüllt sind. Eine Änderung des Invaliditätsgrads setzt stets auch eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Ausgangspunkt zur Beurteilung dieser Veränderung ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht.

**5.4** Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 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).

**5.5** Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

**5.6** Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen

sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C\_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

**5.7** 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).

**5.8** Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die

Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C\_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinernen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

Hingegen lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C\_338/2016] E. 5.5; Urteil des BGer 9C\_654/2015 vom 10. August 2016 E. 4.4; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.1). Anders verhält es sich, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt (oder ungewürdigt) geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C\_338/2016] E. 5.5; SVR 2008 IV Nr. 15 [I 514/06] E. 2.1.1; Urteile des BGer 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2; 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1).

**5.9** Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung

und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

**5.10** Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

Im Rahmen der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG kann subsidiär auf die Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt werden, wenn eine Ermittlung des Validen- und/oder Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (BGE 142 V 178 E. 2.5.7).

## 6.

**6.1** Die IVSTA lehnte nach einer materiellen Prüfung den ersten IV-Rentenantrag des Versicherten mit Verfügung vom 23. Oktober 2008 ab (Vorakten 36). Von diesem Referenzzeitpunkt ist auszugehen, zumal in den medizinischen Akten für den Zeitraum von Februar 2007 bis April 2008 zwei stationäre Klinikaufenthalte von je einem Monat und eine dreiwöchige teilstationäre Behandlung dokumentiert sind; der Versicherte wurde wegen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen, einer mittelschweren depressiven Phase sowie einer mittelgradigen depressiven Symptomatik und Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung behandelt (Vorakten 6 – 11, 27, 155, 156). Der medizinische Dienst der Vorinstanz hielt am 3. August 2008 (Vorakten 33) folgende Diagnosen fest:

- Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Depressive Episoden
  - bei Status nach schwergradiger depressiver Episode, reaktiv bei Arbeitslosigkeit und finanziellen Problemen 02/2007

- Status nach mittelgradiger depressiver Episode vom 21.2. - 20.3.2008
- Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:
  - Colon irritabile
  - Hypercholesterinämie
  - St. n. Meniscusoperation links 2002
  - St. n. Appendektomie
  - St. n. Handgelenkstrauma 2000 rechts

**6.2** In der Folge trat die IVSTA auf das vierte Leistungsbegehren vom 12. März 2012 ein und wies es mit Verfügung vom 25. April 2012 ab. Hiergegen machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, die Vorinstanz habe es verabsäumt, seine Beschwerden umfassend abzuklären, weshalb der Sachverhalt nicht genügend feststehe, es sei ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen.

**6.3** Der verfassungsmässige Anspruch auf Akteneinsicht verpflichtet die Behörden zu einer geordneten und übersichtlichen Aktenführung. Nach Art. 46 ATSG hat der Versicherungsträger für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, systematisch zu erfassen. Die Akten sind von Beginn weg in chronologischer Reihenfolge abzuliegen und nach Eingang eines Gesuchs um Akteneinsicht, spätestens aber im Zeitpunkt des Entscheids, durchgehend zu paginieren (Urteil des BGer 9C\_413/2013 vom 18. Dezember 2013 mit Hinweisen).

Zunächst ist festzuhalten, dass die medizinischen Akten der Vorinstanz teilweise nicht chronologisch geordnet, teilweise mehrfach enthalten sind, so dass eine Unordnung herrscht und sich ein Gutachter darüber beschwerte (Vorakten 254/10). Die unzulängliche Aktenführung der Vorinstanz hat vorliegend die Beweisaufnahme durch das Bundesverwaltungsgericht zwar erschwert, aber nicht verunmöglicht. Auch ergeben sich aus den Akten für das Bundesverwaltungsgericht alle notwendigen Informationen für die Beurteilung des Sachverhalts, weshalb eine Rückweisung allein zur Ordnung der Akten und neuem Entscheid ein formalistischer Leerlauf wäre (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C\_1026/2010 vom 7. Oktober 2011 E. 2.1). Es ist weiter nicht ersichtlich, inwiefern dem Beschwerdeführer daraus ein Nachteil erwachsen könnte, zumal er die Aktenführung nicht gerügt hat. Die festgestellten Mängel können vorliegend als geheilt betrachtet werden.

**6.4** Im Folgenden ist auf die Erstellung des medizinischen Sachverhalts durch die IVSTA – soweit er sich aus den Vorakten erschliessen lässt – für

den massgeblichen Zeitraum (vgl. E. 5. 3 hiervor) vom 23. Oktober 2008 bis zum 25. April 2017 einzugehen.

**6.5** Mit dem vierten Leistungsgesuch legte der Versicherte einen Bericht seines behandelnden Arztes, Dr. F.\_\_\_\_\_, Internist, vom 14. Februar 2012 (Vorakten 63) vor. Jener Bericht sowie ein weiterer vom 1. September 2012 (Vorakten 130) enthält die Diagnosen:

- schwere chronische Depression
- Grand-Mal-Epilepsie
- Neuroborreliose mit chronischer Polyarthritits
- Tinnitus aurium

**6.6** Aus den im Weiteren vom deutschen Versicherungsträger übermittelten Unterlagen (Vorakten 68 – 100) geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

**6.6.1** Im Jahr 2009 liess sich der Beschwerdeführer wegen Rückenschmerzen behandeln. Am 15. Januar 2009 diagnostizierte Dr. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, beim Beschwerdeführer Osteochondrosen mit leichtgradiger Spondyloarthrose und einen Bandscheibenschaden an der Lendenwirbelsäule (Vorakten 68).

**6.6.2** Der behandelnde Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Dr. H.\_\_\_\_\_, berichtete am 19. Februar 2009 über eine medikamentöse Behandlung der Depression (Diagnosen. F33.1 und F41.2; Vorakten 69). Am 28. April 2009 stellte er eine Verbesserung gegenüber dem Vorbefund fest: Ausser einer Dysthymia beständen keine weiteren psychischen Auffälligkeiten (Vorakten 70). Im Bericht vom 8. Juli 2009 (Vorakten 72) bezeichnete er die Depression als deutlich in ihrer Tiefe rückläufig, im Vordergrund stehe eine pessimistische Persönlichkeitsstruktur. Neu diagnostizierte er eine vasovagale Synkope nach einem Sturz vom Fahrrad, der einen fünf-tägigen Krankenhausaufenthalt nach sich gezogen hatte (vgl. Vorakten 71, 72).

**6.6.3** Am 30. Juni 2009 berichtete das Krankenhaus I.\_\_\_\_\_ über den stationären Aufenthalt von 25. - 29. Mai 2009, nachdem der Versicherte vom Fahrrad gestürzt war. Als Ursache vermuteten die Ärzte eine Orthostatische Synkope (Vorakten 71 f.).

**6.6.4** Aufgrund eines zweiten Ereignisses mit der gleichen Symptomatik hielt sich der Versicherte vom 20. August bis zum 31. August 2009 (Vorakten 73) in der Abteilung Neurologie des Krankenhauses J. \_\_\_\_\_ auf. Als Zufallsbefund entdeckten die behandelnden Ärzte eine Borrelieninfektion. Sie stellten die Diagnosen:

- Grand mal-Anfall
- Borreliose
- Anamnestisch LWS-Syndrom
- Depression

**6.6.5** Vom 11. November bis zum 19. November 2009 hielt sich der Beschwerdeführer mit ubiquitären Gliederschmerzen sowie Kopf- und Nackenschmerzen stationär in der Abteilung Neurologie des Krankenhauses I. \_\_\_\_\_ auf, um eine erneute Borrelieninfektion auszuschließen (Vorakten 76). Im Untersuchungsbefund ist unter anderem ein monoculäres Doppeltsehen links beschrieben, Gesichtsfeldausfälle wurden ausdrücklich ausgeschlossen. Die behandelnden Ärzte stellten die Diagnosen:

- „Seronarbe“ einer Borreliose
- Klinisch und anhand des Liquorbefundes kein Anhalt für das Vorliegen einer Neuroborreliose
- Z.n. zwei generalisierten epileptischen Anfällen (DD: synkopale Ereignisse)
- Dysthymia
- Hypercholesterinämie

**6.6.6** Im Arztbericht vom 9. Februar 2010 (Vorakten 77) stellte der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Schlafmedizin, Dr. K. \_\_\_\_\_, die Diagnosen

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode
- Abklärung Schlaf Apnoe
- Z.n. Borreliose mit V. a. symptomatischen Krampfanfall

**6.6.7** Im Austrittsbericht des Krankenhauses I. \_\_\_\_\_ vom 19. April 2010 (Vorakten 79) wird über eine Laparoskopische Cholezystektomie berichtet.

**6.6.8** Am 29. April 2010 stellte Dr. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Sportmedizin, in einem Arbeitsunfähigkeitsgutachten für die deutsche Rentenversicherungsanstalt nach eigenen Untersuchungen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung. Seit 2002 sei eine depressive Entwicklung feststellbar, wobei intensive Behandlungen nicht zum Erfolg geführt hätten (Vorakten 135).

**6.6.9** Von 28. August bis 23. September 2010 (Vorakten 83) hielt sich der Versicherte stationär in der psychosomatischen Fachklinik M. \_\_\_\_\_ auf. Im Entlassungsbrief vom 19. Oktober 2010 berichteten Dr. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Dr. O. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin und Dr. P. \_\_\_\_\_, Fachärztin für psychosoziale Medizin und Psychotherapie, über die folgenden Diagnosen und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit:

- rezidivierenden depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome,
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung,
- narzisstische Persönlichkeitsstörung,
- chronische Polyarthritits bei Zustand nach Borreliose
- Tinnitus aurium.

Der Beschwerdeführer könne noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten durchführen, zeitweise im Stehen und Gehen beziehungsweise überwiegend im Sitzen. Es bestünden Einschränkungen im Bereich der geistig/psychischen Belastbarkeit, der Sinnesorgane, des Bewegungs- und Haltungsapparats und unter Berücksichtigung von Gefährdungs- und Belastungsfaktoren. Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen, an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen, mit hoher Verantwortung für Personen und Maschinen könne er nicht durchführen. Nicht in Betracht kämen auch Tätigkeiten mit häufigem Bücken, Ersteigen von Leitern und Gerüsten oder mit durchgängigen Wirbelsäulenzwangshaltungen, mit Nachtschicht, häufig wechselnden Arbeitszeiten oder unter Zeitdruck.

**6.6.10** Gemäss Arztbericht des Krankenhauses J. \_\_\_\_\_ befand sich der Beschwerdeführer von 2. - 8. März 2011 erneut in stationärer Behandlung in der Abteilung für Neurologie (Vorakten 85). Aus dem Bericht gehen folgende Diagnosen hervor:

- Epileptischer Anfall nach [unleserlich] epileptischen Anfällen 08/2009
- Dysthymie

**6.6.11** Dr. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Schlafmedizin, hielt im Bericht vom 23. März 2011 (Vorakten 86) folgende Diagnosen fest:

- Z.n. Borreliose 2009
- Symptomatische Epilepsie mit sekundär generalisierten Anfällen
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode
- Verdacht auf SAS (Schlafapnoe-Syndrom)

**6.6.12** Am 6. Oktober und am 21. Dezember 2011 wurden eine Koloskopie und eine Gastroskopie im Krankenhaus I. \_\_\_\_\_ durchgeführt (Vorakten 87, 89).

**6.7** Die Aussagekraft der medizinischen Akten wurde in der Folge von zwei Ärzten des medizinischen Dienstes der IVSTA beurteilt:

- Am 28. Mai, am 13. August und am 29. Oktober 2012 nahm Dr. Q.\_\_\_\_\_ Stellung zum Dossier (Vorakten 66, 101, 111). Feststellbar seien die bereits bekannten psychiatrischen Diagnosen (rezidivierende depressive Störungen und chronisch dysthyme Stimmungslage). Die behandelte Neuroborreliose, die geklagten Gelenkschmerzen ohne funktionelle Beeinträchtigungen und auch die lediglich fraglichen epileptischen Anfälle (drei in zwei Jahren bei normalem EEG) seien keine Gründe für die Annahme einer rentenrelevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands. Der Hausarzt würde die nach einer Borreliose verbleibende Seronarbe fälschlicherweise immer wieder antibiotisch therapieren. Entgegen seiner Behauptung könne keine Neuroborreliose mit chronischer Polyarthritits vorliegen. Die Epilepsie sei nicht gesichert zu diagnostizieren. Der neurologische Befund zeige keine Hirnnerven- oder andere neurologische Ausfälle. Hinsichtlich des Tinnitus sei keinerlei HNO-ärztliche Abklärung für notwendig befunden worden und ein bloss subjektives Ohrgeräusch ergebe noch keine rentenrelevante Gesundheitseinschränkung.
- Am 18. Februar und am 16. Mai 2013 nahm Dr. R.\_\_\_\_\_, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für die IVSTA Stellung (Vorakten 118 und 140). Aus seiner Sicht reichten die Unterlagen des deutschen Rentenversicherers nicht aus, um eine angemessene verlässliche Begründung der Arbeitsfähigkeit vornehmen zu können.

**6.8** Wie sich aus den in weiterer Folge aus Deutschland übermittelten Akten ergibt, hielt Dr. S.\_\_\_\_\_, Ärztin für Psychiatrie und Sozialmedizin, in ihrer Stellungnahme für die deutsche Rentenversicherung vom 28. März 2011 (Vorakten 127) die folgenden Diagnosen und Arbeitsunfähigkeits-schätzung fest:

- rezidivierende depressive Störung (10/2010 schwere depressive Episode) F33.2 und
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4
- auf dem Boden einer narzisstischen Persönlichkeit F60.8.

Das Leistungsvermögen in der angestammten Tätigkeit als Kraftfahrer und in einer angepassten Tätigkeit betrage weniger als 3 Stunden täglich. Eine Besserung bis Ende 2012 sei nicht unmöglich, jedoch unwahrscheinlich.

**6.9** Dr. T. \_\_\_\_\_, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie stellte in einem Bericht für den deutschen Rentenversicherer vom 7. September 2012 (Vorakten 129) folgende Diagnosen:

- F33.2
- F45.4
- F60.8

Das Leistungsvermögen in der angestammten Tätigkeit und in einer angepassten Tätigkeit betrage weniger als 2 Stunden täglich, dies gelte weiterhin, eine Besserung sei fraglich.

**6.10** Im Weiteren liegt der Entlassungsbericht des Krankenhauses U. \_\_\_\_\_, Neurologie, vom 4. März 2013 über einen stationären Aufenthalt infolge von Konzentrations- und Wortfindungsstörungen vom 7. bis zum 12. Dezember 2012 bei den Akten (Vorakten 154). Der Bericht enthält die folgenden Diagnosen:

- depressive Episode
- vorbeschriebener Zustand nach drei dyskognitiven Anfällen, DD synkopalen Ereignissen
- Z. n. Seroborreliose 2009 (anamnestisch); aktuell wiederum kein Anhalt für Neuroborreliose

**6.11** Die IVSTA liess über die deutsche Rentenversicherung ein psychiatrisches Gutachten einholen (Vorakten 142). Aus dem Gutachten von Dr. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 30. September 2013 (Vorakten 152) gehen die Diagnosen hervor:

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)
- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0).

Der Versicherte könne noch körperliche Arbeiten von drei bis zu sechs Stunden täglich ausüben. Arbeiten mit besonderen Anforderungen an Konzentrations- und Reaktionsvermögen, zeitgebunden, Tätigkeiten mit Verantwortung für Personen oder Maschinen sowie Arbeiten mit erhöhter Unfallgefahr seien zu vermeiden. Deshalb sei ihm die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kraftfahrer nicht mehr zumutbar.

**6.12** Der ärztliche Dienst, Dr. R. \_\_\_\_\_, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 3. Januar 2014 (Vorakten 162) in seiner Stellungnahme zum Gutachten von Dr. C. \_\_\_\_\_ fest, aus den erhobenen Befunden ergebe sich die

- Hauptdiagnose: Leichte depressive Episode ICD-10 F32.0

- Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Somatisierungsstörung

Die leichte depressive Episode ziehe keine rentenrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich. Die vom Gutachter diagnostizierte Somatisierungsstörung allein begründe ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeit. Wie sich aus dem Entlassungsbericht der Abteilung Neurologie des Krankenhauses vom Jahr 2013 ergebe, habe nie eine Neuroborreliose vorgelegen.

Aufgrund von Einwänden des Versicherten holte die IVSTA weitere Stellungnahmen ihres ärztlichen Dienstes ein. Dr. R.\_\_\_\_\_ (Vorakten 178, 198) blieb bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und stellte die Diagnosen:

- Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode ICD-10 F33.0
- DD: Dysthymia ICD-10 F34.1
- DD: Anpassungsstörung ICD-10 F43.2
- Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Osteochondrose

In der bisherigen Tätigkeit als Kraftfahrer betrage die Arbeitsunfähigkeit 100% seit Mai 2009 aufgrund der unklaren Anfälle. In angepasster Tätigkeit sei der Versicherte voll arbeitsfähig. Arbeiten mit besonderer Verantwortung an das Konzentrations- u. Reaktionsvermögen, mit Verantwortung für Personen und Maschinen und Arbeiten mit erhöhter Unfallgefahr sollten vermieden werden.

**6.13** Im Zusammenhang mit der Begutachtung beziehungsweise den erhobenen Einwänden gelangten im Weiteren folgende Arztberichte zu den Akten:

- Vom 5. bis 10. Oktober 2013 wurde nach einem (vierten) Anfall stationär im Krankenhaus U.\_\_\_\_\_ behandelt. Im Austrittsbericht vom 16. Oktober 2013 (Vorakten 259) sind die folgenden Diagnosen enthalten:
  - V.a. erneuten generalisierten epileptischen Anfall bei bekannter Epilepsie
  - Depression
- Nach einem weiteren Krankenhausaufenthalt von 20. bis zum 25. März 2014 stellten die behandelnden Ärzte im Entlassungsbrief (Vorakten 260) die Diagnosen
  - erneuter generalisierter epileptischer Anfall
  - Depression

- Am 16. Juli 2014 (Vorakten 196) bestätigte der behandelnde Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Dr. K.\_\_\_\_\_, eine dauerhafte Behinderung wegen psychiatrischer Behandlung, symptomatischer Epilepsie und Status nach Borreliose.
- Dr. V.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie, stellte im Bericht vom 6. Oktober 2014 (Vorakten 206) die Diagnosen:
  - Nachbehandlung nach Op (li. Knie AM und IM alt)
  - Lumbago mit Blockade (M54.5) und HWS-Syndrom
- Kernspintomographie vom 29. Oktober 2014 und vom 13. November 2014 (Vorakten 213 und 216).
- Im HNO-Bericht von Dr. W.\_\_\_\_\_ vom 15. September 2014 (216) sind die Diagnosen eines kombinierten, mittelgradig beidseitigen Hörverlusts und eines Tinnitus aurium beidseits enthalten.
- Im ophthalmologischen Bericht von Dr. X.\_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2014 (Vorakten 209) wird folgende Diagnose gestellt:
  - Verdacht auf Sehstörung oder sonstige Störung des binokularen Sehens
  - Presbyopie beidseits (Altersweitsichtigkeit)
  - gesicherter Gesichtsfeld-Ausfall links
  - gesicherter Cataracta protracta beidseits (Trübung Augenlinse)
  - Neuroborreliose
- Im Bericht vom 21. November 2014 hielt Dr. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, folgende Diagnosen fest (Vorakten 215):
  - Osteochondrose L4/L5
  - NPP LWS
  - Osteochondrose L5/S1
  - Spondyloarthrose L3- S1
  - Osteochondrose L5/S1
  - Blockade LWS
  - Gonarthrose links

**6.14** Die IVSTA holte weitere Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes ein:

- Schlussbericht von Dr. R.\_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2015, samt interner Stellungnahme des Spezialarztes für physikalische Medizin, Dr. Y.\_\_\_\_\_, vom 27. Januar 2015 (Vorakten 221)

- Ergänzungen von Dr. R. \_\_\_\_\_ zur Frage der Funktionseinschränkungen, wonach die 100%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf aufgrund des Anfallsleidens anzunehmen sei (Vorakten 226)

**6.15** Am 15. Oktober 2015 erstellten Dr. D. \_\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und Dr. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag der IVSTA zwei externe Gutachten (Vorakten 254, 257).

**6.15.1** Im „interdisziplinären Gutachten“ (Vorakten 254) stellte Dr. D. \_\_\_\_\_, Internist und Rheumatologe, die Diagnosen:

Mit langandauernder Auswirkung auf AF: keine

Ohne langandauernde Auswirkung auf AF:

- Dysthymia
- Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom
  - Nicht ausreichend somatisch abstützbar
  - Krankheitsfremde Faktoren
  - Primäres Fibromyalgie-Syndrom
  - Betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte
  - Panalgie
  - Diffuse Druckschmerzangabe
  - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke
  - Multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Depression, Erschöpfung
- Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in alle Extremitäten
- Gonarthrosen
- Gestörte Gluconeogenese
- Anamnestisch Reizmagen-Syndrom
- Verdacht auf subklinische Hypothyreose

Darüber hinaus äusserte sich der Rheumatologe dazu, dass sich aus den umfassenden Abklärungsberichten ergebe, dass er das Vorliegen einer Neuroborreliose nicht bestätigen könne (Vorakten 254/13).

Zum Anfallsleiden stellte er fest, das Arzzeugnis vom 16. Juli 2014 von Dr. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, wonach eine symptomatische Epilepsie vorliege, sei zu relativieren, unter anderem, weil der Versicherte eine Fahrtauglichkeit erwähnt habe.

Aus der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. D. \_\_\_\_\_, Rheumatologe, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtigt, geht hervor, es könne für die früher in der Schweiz ausgeführten Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden.

**6.15.2** Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten (Vorakten 257) hielt Dr. E. \_\_\_\_\_ die Diagnose gemäss ICD-10 fest:

- Dysthymia (F34.1)
  - bei vielfältigen körperlichen Missempfindungen
  - bei akzentuierten (narzisstisch, pessimistisch) Persönlichkeitszügen (Z73.1)
  - bei depressiver Störung (gegenwärtig remittiert, F32.4/ F33.4)

**6.16** Im Zeitraum vom 13. Januar 2016 bis zum 31. März 2017 liess sich der medizinische Dienst mehrmals zur Aktenlage vernehmen (Vorakten 268 - 293):

- Schlussbericht vom 13. Januar und Stellungnahme vom 23. September 2016 von Dr. R. \_\_\_\_\_, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Vorakten 268 und 282)
- Stellungnahme vom 20. Oktober 2016 von Dr. Z. \_\_\_\_\_, Neurologe, wonach aufgrund der Aktenlage aus neurologischer Sicht die Borreliose vom Jahr 2009 als abgewehrt und die Epilepsie als wenig aktiv anzusehen sei, weshalb die Arbeitsfähigkeit unter gewissen Limitierungen nach wie vor gegeben sei (Vorakten 285)
- Stellungnahme von Dr. R. \_\_\_\_\_, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Oktober 2016 (Vorakten 292):

Hauptdiagnose:

- Cerebr. Anfallsleiden unklarer Genese mit Anfällen vom Grand-Mal Typ

Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die AF:

- Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in alle Extremitäten ICD 10 M 48.8
- Gonarthrosen ICD-10 M 17
- Dysthymia ICD-10 F34.1
- Depr. Störung, ggw. remittiert ICD-10 F32.4, F33.4

Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Krauffahrer) betrage 100% und 0% in einer angepassten Tätigkeit seit Mai 2009. Die letzte Tätigkeit sollte wegen dem Anfallsleiden nicht mehr ausgeübt werden. Daneben seien Einschränkungen des Gesichtsfeldes zu berücksichtigen. Die beiden Gutachter Dr. E.\_\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_\_ hätten die Arbeitsfähigkeit lediglich aus Sicht ihrer medizinischen Fachdisziplinen bewertet. Bezüglich der Neuroborreliose sei festzuhalten, dass eine solche nach Stellungnahme von Dr. Q.\_\_\_\_\_ vom 13. August und vom 29. Oktober 2012 nicht vorliege. Auch Dr. Z.\_\_\_\_\_, Neurologe, habe auf die Zusammenhänge verwiesen, dass lediglich eine Seronarbe nach einer Infektion vorliege, wobei aufgrund des Krankheitsverlaufes und der Titerbewegungen keine Neuroborreliose angenommen werden könne und eine ausreichend behandelte Borrelieninfektion vorliege. Für eine Polyarthritiden würden sich keine Anhaltspunkte aus den vorliegenden Befunderhebungen ergeben. Die Gesichtsfeldeinschränkungen und Tinnitus seien nicht so gravierend, als das nicht in angepasster Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit möglich sei.

- Im Schlussbericht vom 31. März 2017 (Vorakten 293) bestätigte Dr. Aa.\_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, die Arbeitsunfähigkeits-schätzung von Dr. R.\_\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2016 und stellte die folgenden Diagnosen:

Hauptdiagnose:

- o Cerebr. Anfallsleiden unklarer Genese mit Anfällen vom Grand.mal.Typ (G40.9)
- o Panvertebralsyndrom
- o Gonarthrosen
- o depressive Störung, gegenwärtig remittiert

**6.17** Darauf basierend hielt die IVSTA in ihrer Verfügung vom 25. April 2017 fest, der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Krauffahrer seit Mai 2009 zu 100% arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit 0 %, was mit einer Erwerbseinbusse von 22% (recte: 23%) einhergehe und stellte die Abweisung des IV-Rentenbegehrens in Aussicht (Vorakten 294).

## 7.

**7.1** Aus den Akten geht hervor, dass sich der angefochtene Entscheid neben dem „interdisziplinären“ Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ und dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_\_ massgeblich auf die Schlussberichte des medizinischen Dienstes, Dr. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie vom 21. Oktober 2016 und Dr. Aa.\_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, vom 31. März 2017 stützte (E. 6.15 und E. 6.16 hier vor). Wie bereits erwähnt, ist es Aufgabe des ärztlichen Dienstes, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen

Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen (E. 5.7 hiavor). Die Stellungnahmen müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. oben E. 5.4 und 5.5). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass die Ärzte des medizinischen Dienstes ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgegeben haben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht würdigten. Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes können – wie erwähnt – 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. Soll im Gerichtsverfahren einzig oder im Wesentlichen gestützt auf eine Aktenbeurteilung des ärztlichen Dienstes entschieden werden, sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 5.6 hiavor). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten erlaubten, sich ein lückenloses und einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des ärztlichen Dienstes nachvollziehbar und schlüssig sind.

**7.2** Aus den Akten ergibt sich, dass der Versicherte an Beschwerden aufgrund von Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis litt. Im Neuanmeldungsverfahren machte er im Weiteren ein Rückenleiden, Gelenksbeschwerden, Gedächtnisstörungen, Krampfanfälle und Tinnitus sowie ein Augenleiden geltend. Es liegen demnach mehrere Faktoren vor, die sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken können. Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie der vorliegenden muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit grundsätzlich auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierenden Grundlage erfolgen. Zweck solcher interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Insbesondere beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen ist es nicht gerechtfertigt, die somatischen und psychischen Befunde isoliert abzuklären. Vielmehr ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2). Dem medizinischen Dienst standen für die Aktenbeurteilung

zwar zahlreiche fachärztliche Berichte und Gutachten zur Verfügung; bei diesen handelt es sich allerdings, wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, nicht um allseitige Einschätzungen, welche das Zusammenwirken der verschiedenen Gesundheitsbeeinträchtigungen rechtsgenügend berücksichtigten.

**7.3** Die beiden Gutachter Dr. D. \_\_\_\_\_ und Dr. E. \_\_\_\_\_ haben ihren Fachdisziplinen entsprechend eine rheumatologische und eine psychiatrische Schätzung der Arbeitsfähigkeit abgegeben. Fraglich ist, ob sich die IVSTA in ihrer Beurteilung darauf abstützen konnte, da die Gutachter keine fachärztliche neurologische und keine ophthalmologische Einschätzung abgeben konnten und die Beurteilung eines HNO-Arztes in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen fehlte. In der Beschwerdeschrift wird explizit bemängelt, dass hierzu Dr. D. \_\_\_\_\_ ohne einen entsprechenden Facharztstitel nicht habe abschliessend Stellung beziehen können. Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass sich Dr. D. \_\_\_\_\_ in der somatisch-rheumatologischen Beurteilung in seiner zweiten Disziplin als Internist zur vom Hausarzt gestellten Diagnose einer Neuroborreliose, zur Frage, ob eine Epilepsie vorliege, und zum Problem der verminderten Hör- und Sehfähigkeit geäußert hat. Diesbezüglich hat er jedoch keine Untersuchungen durchgeführt und die Auswirkungen der Problematik nicht näher erläutert. In der Folge ersuchte die IVSTA ihren medizinischen Dienst, die Auswirkungen der Neuroborreliose, des Anfallsleidens, des Gesichtsfeldausfalls und des Tinnitus zu erläutern, woraufhin ein Neurologe des ärztlichen Dienstes für die Vorinstanz zur Aktenlage Stellung nahm (vgl. E. 6.16 hier vor). Dr. Z. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, hielt in der Stellungnahme vom 20. Oktober 2016 (Vorakten 285) fest, abgesehen von den Ohnmachtsanfällen (behandelt mit Medikamenten gegen Epilepsie) hätten sich beim Versicherten keine neurologischen Auffälligkeiten gezeigt, die einen Verdacht auf eine Neuroborreliose zugelassen hätten. Es habe sich ursprünglich um einen Zufallsbefund gehandelt, der eine Medikation mit Antibiotika gerechtfertigt habe. Ein Jahr danach habe die Lumbalpunktion ergeben, dass die Situation unter Kontrolle sei und nur eine „Seronarbe“ vorliege und von einer erfolgreichen Behandlung der Infektion auszugehen sei. Hinsichtlich der Konzentrationsschwierigkeiten des Versicherten habe auch eine neuropsychologische Abklärung stattgefunden. Dabei konnte eine somatische Ursache, insbesondere eine mögliche Reaktivierung der Neuroborreliose, ausgeschlossen werden. Aus neurologischer Sicht könne die Infektion die Beschwerden des Versicherten nicht erklären. Die Epilepsie sei wenig aktiv, weshalb von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit für Tä-

tigkeiten auszugehen sei, die die entsprechenden Einschränkungen berücksichtigten. Hinsichtlich der Gesichtsfeldeinschränkungen und des Tinnitus hielt im Weiteren Dr. R. \_\_\_\_\_ in seinem Schlussbericht vom 21. Oktober 2016 fest (Vorakten 285), diese seien nicht so gravierend, dass von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden könne.

Im Weiteren hat der Beschwerdeführer die von Dr. E. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen bestritten und auf neun davon abweichende fachärztliche Berichte verwiesen. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ wurden auch nach Ansicht des Gerichts die Vorakten und früheren ärztlichen Feststellungen nur ungenügend gewürdigt beziehungsweise die Krankheitsentwicklung nicht aufgezeigt. Namentlich wird die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung vom psychiatrischen Gutachter nicht hinreichend thematisiert und es wird nicht ersichtlich, was konkret für und gegen diese Diagnose spricht. Dr. E. \_\_\_\_\_ begnügte sich damit, die bisherigen anderslautenden ärztlichen Befunderhebungen und Diagnoststellungen wiederzugeben und als nicht oder kaum nachvollziehbar zu bezeichnen (Vorakten 257). Es reicht aber nicht aus, die anders lautenden Diagnosen der Fachärzte – etwa der psychosomatischen Klinik M. \_\_\_\_\_ (E. 6.6.9) – als zu wenig beschreibend und teilweise widersprüchlich zu bezeichnen (Vorakten 257/19), weil aus dem Austrittsbericht eine umfassende fachärztliche Befunderhebung und Klinik hervorgeht, die im Gutachten überhaupt nicht berücksichtigt wurde. Auch wird der Zusammenhang zwischen der im Jahre 2010 erstmals diagnostizierten somatoformen Störung und dem von Dr. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierten chronischen, generalisierten Schmerzsyndrom und der Fibromyalgie im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten nicht erläutert. Der Psychiater Dr. E. \_\_\_\_\_ hätte sich eingehend äussern müssen zu dem vom Rheumatologen festgestellten Schmerzzustand bzw. zur von ihm diagnostizierten Fibromyalgie, deren Ursache unbekannt ist und die mit der somatoformen Schmerzstörung gemeinsame Aspekte aufweist, so dass die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer Fibromyalgie analog anzuwenden sind (BGE 132 V 65 E. 3.3 und 4).

Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung schloss der psychiatrische Gutachter insbesondere mit der Begründung aus, dass beim Versicherten keine körperlichen Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergeb-

nisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien, vorliege. Die medizinische Aktenlage gibt aber Aufschluss über mehrere Krankenhausaufenthalte zwecks neurologischer Abklärungen, nachdem 2009 als Zufallsbefund eine Borreliose diagnostiziert und – laut Einschätzung der Neurologen und des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz – erfolgreich behandelt worden war. Der Versicherte machte dennoch immer wieder Gliederschmerzen und Kopfschmerzen geltend, die er offenbar auf eine Neuroborreliose zurückführte. Die Konsultationen zu diesem Thema sowie die ergebnislosen Untersuchungen und Befunde betreffend die geklagten Beschwerden des Versicherten sind in die Beurteilung von Dr. E. \_\_\_\_\_ nicht eingeflossen.

Wie im Weiteren der von den behandelnden Ärzten diagnostizierte Tinnitus aurum und das Augenleiden auch im Zusammenhang mit der neurologischen Abklärung zu beurteilen sind, geht aus den Unterlagen der IVSTA nicht hervor. Festzuhalten ist, dass im Zuge der Abklärungen, ob eine Neuroborreliose vorliegen könne, Gesichtsfelduntersuchungen stattgefunden haben und im Jahr 2010 ein Gesichtsfeldausfall eindeutig ausgeschlossen werden konnte (vgl. E. 6.6.5). Demgegenüber wird im ophthalmologischen Bericht vom 16. Oktober 2014 ein gesicherter Gesichtsfeldausfall links beschrieben (vgl. E. 6.13). Dass danach dieses Leiden – ohne Diagnose oder Berücksichtigung des Krankheitsverlaufs – von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie versicherungsmedizinisch im Rahmen einer Aktenbeurteilung als auswirkungslos beschrieben wird (vgl. E. 6.16), überzeugt ohne eine neurologisch-ophthalmologische Einschätzung des Leidens nicht ohne Weiteres. Der Neurologe des medizinischen Dienstes, Dr. Z. \_\_\_\_\_, hat sich aber in seiner Stellungnahme dazu nicht geäußert.

Aus den Bemerkungen im rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_\_ und Dr. E. \_\_\_\_\_, es seien beim Beschwerdeführer sowie beim Verlauf seiner Störung Verdeutlichungstendenzen zu erkennen beziehungsweise zu benennen, kann im Übrigen nicht auf eine mögliche Aggravation geschlossen werden, denn ein allfälliges, blosses verdeutlichendes Verhalten weist nicht per se auf Aggravation hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Von einer Aggravation ist im psychiatrischen Gutachten denn auch nicht ausdrücklich die Rede.

**7.4** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es den Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. D. \_\_\_\_\_ für das vorliegende Verfahren am rechtlich erforderlichen Beweiswert mangelt (vgl. E. 5.4 hiervor). Sie sind in der

Herleitung der Diagnosen und der Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage nicht nachvollziehbar.

Insgesamt bleibt daher fraglich, inwieweit die geltend gemachten Schmerzzustände geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen. Dies gilt auch für die seit 2009 bekannten Krampfanfälle mit motorischen Entäusserungen, welche seither medikamentös behandelt werden und zur Annahme einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit führten, obschon im besagten interdisziplinären Gutachten von keiner Beeinträchtigung ausgegangen wurde.

**7.5** Mit Blick auf die bei dem Beschwerdeführer vorliegende psychische Problematik ist zudem auf die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen (BGE 143 V 409 und 143 V 418), die für alle im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle sofort und überall anzuwenden ist (BGE 142 V 551 E. 4.1 mit Hinweisen). Gemäss dieser erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrahmens (BGE 143 V 418 E. 7 und BGE 141 V 281 E. 4.1). Liegt ein Gutachten vor, so überprüft zunächst der medizinische Dienst, ob die Angaben und Ausführungen zu den Themen der Standardindikatoren fallbezogen ausreichend sind, was im vorliegenden Fall jedoch nicht geschehen ist (vgl. Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung KSVI, Stand vom 1. Januar 2018, RN 2080). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6), wobei dies für sämtliche psychischen Erkrankungen, namentlich auch für die von Dr. E. \_\_\_\_\_ gestellte und von Dr. R. \_\_\_\_\_ übernommene Diagnose der Dysthymia (F34.1) bei depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (F32.4/ F33.4), gilt (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.2). Im vorliegenden Fall hat bisher keine solche Prüfung stattgefunden. Es kann deshalb nicht – im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung (vgl. hierzu BGE 136 I 229 E. 5 und 131 I 153 E. 3; SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149 E. 4; Urteil des BGer I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4) – davon ausgegangen werden, dass von einer medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten Expertise keine verwertbaren entscheiderelevanten Erkenntnisse zu den Diagnosen und zum Grad der Arbeitsunfähigkeit zu erwarten sind (vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C\_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Das gilt selbst unter dem Aspekt, dass

retrospektive Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit schwierig sind und entsprechende Begutachtungen deshalb erhöhten Ansprüchen genügen müssen (vgl. hierzu Urteil des BVGer C-1421/2013 vom 29. September 2014 E. 3.4.2 mit Hinweis). Aus diesen Gründen kann in beweisrechtlicher Hinsicht nicht auf das Gutachten und die Berichte von Dr. R. \_\_\_\_\_ vom 13. Januar und vom 21. Oktober 2016 und von Dr. Aa. \_\_\_\_\_ vom 31. März 2017 abgestellt werden. Die Vorinstanz hat deshalb eine neue umfassende medizinische Begutachtung in die Wege zu leiten, welche sich rechtsgenügend zu den vorliegenden Diagnosen äussert und welche die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in Einklang mit der neu geltenden Rechtslage nach Massgabe der im Regelfall heranzuziehenden Standardindikatoren ermöglicht.

## **8.**

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung in medizinischer Hinsicht auf einem nicht rechtsgenügend abgeklärten Sachverhalt beruht (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG), weshalb über die hier streitigen IV-Leistungen nicht entschieden werden kann und die angefochtene Verfügung aufzuheben ist. Zur gerügten Ermittlung des IV-Grades beziehungsweise Überprüfbarkeit der Statistiken ist festzuhalten, dass sich die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung und in ihrer Duplik auf die Ausführungen und Berechnungen ihrer Fachdienste/Wirtschaftliche Invaliditätsbemessung vom 31. Oktober 2016 bezog (Vorakten 288). Darin kamen die LSE zur Anwendung, was im vorliegenden Fall methodisch nicht zu beanstanden ist (vgl. E. 5.10 hiervor). Darüber hinaus erübrigen sich Weiterungen zur Berechnung des Invalideneinkommens (einschliesslich des gerügten leidensbedingten Abzugs von 15 %), da der Sachverhalt noch nicht feststeht.

## **9.**

**9.1** Die angefochtene Verfügung ist gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4).

**9.2** Wie bereits erwähnt, sind im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da bisher noch keine polydisziplinäre, sämtliche Leiden umfassende Untersuchung und allseitige Einschätzung der medizinischen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vorgenommen wurde, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine fachärztliche, polydisziplinäre Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers sowie von dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit in der Schweiz vorzunehmen (in Frage kommen neben der Psychiatrie die Fachbereiche der Neurologie, der Orthopädie oder Rheumatologie, der Ophthalmologie und des HNO-Bereichs). Je nach Diagnosestellung wird die Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gemäss BGE 141 V 281 und die mit BGE 143 V 418 jüngst geänderte Rechtsprechung des Bundesgerichts zu psychische Leiden zu berücksichtigen sein, damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich sein wird. Anschliessend hat die Vorinstanz einen Einkommensvergleich unter zusätzlicher Indexierung der Löhne auf das Jahr des Anspruchsbeginns hin durchzuführen und neu zu verfügen.

## **10.**

**10.1** Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1).

**10.2** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG).

Dem – wie im vorliegenden Fall – obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG)

**10.3** Der vorliegend obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung.

Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht. Hat die zu entschädigende Partei ihren Wohnsitz im Ausland, ist keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE).

Der Vertreter reichte am 10. August 2017 seine detaillierte Honorarnote ein, worin er ausgehend von einem Zeitaufwand von 15 Stunden und 25 Minuten à Fr. 250.- zuzüglich Auslagen ein Guthaben zu seinen Gunsten von Fr. 3'976.60 (ohne Mehrwertsteuerzuschlag) auswies (BVGer act. 8, Beilage).

Zu prüfen ist, ob der Aufwand von mehr 15,4 Stunden als notwendig zu betrachten und demzufolge vollumfänglich zu entschädigen ist. Der Beschwerdeführer hat im Wesentlichen folgende Rechtsschriften ausarbeiten und einreichen lassen: Beschwerde (12 Textseiten und circa 9 Seiten Beweismittelaufstellungen), Replik (3 Seiten). Mit Blick auf diese Eingaben und die weiteren deklarierten Aufwendungen, namentlich Aktenstudium, Besprechungen und Korrespondenz mit dem Beschwerdeführer, erweist sich der dafür geltend gemachte Aufwand von 15 Stunden und 25 Minuten als zu hoch. Immerhin vertrat der Rechtsanwalt den Beschwerdeführer bereits im Verwaltungsverfahren, weshalb Kenntnis der Sach- und Rechtslage grösstenteils vorausgesetzt werden darf. Im vorliegenden Fall ist aber davon auszugehen, dass der Rechtsvertreter aufgrund der unübersichtlichen Aktenlage (vgl. E. 6.3 hiavor) auch im Beschwerdeverfahren einen zeitlichen Mehraufwand hatte (vgl. etwa Sachverhalt Bst. E hiavor zur Frage, wo sich die massgeblichen Berechnungsgrundlagen für den Einkommensvergleich befinden). Unter Berücksichtigung der obgenannten Umstände

und mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime ist ein Aufwand von zwölf bis 13 Stunden als angemessen und gerechtfertigt anzusehen. Der geltend gemachte Stundenansatz von Fr. 250.- entspricht dem in der Regel vom Bundesverwaltungsgericht für Parteientschädigungen in Verfahren im Bereich der Invalidenversicherung anerkannten Stundenansatz und ist daher nicht zu beanstanden. Die geltend gemachten Auslagen in der Höhe von Fr. 33.60 erscheinen als angemessen und sind nicht zu beanstanden.

Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit der zu beurteilenden Fragen ist daher für das vorliegende Verfahren eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 3'200.- gerechtfertigt.

**10.4** Die dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9. August 2017 gewährte unentgeltliche Rechtspflege mit Verbeiständung gelangt bei diesem Verfahrensausgang somit nicht zur Anwendung.

(Dispositiv nächste Seite)

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 25. April 2017 aufgehoben wird und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'200.- zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Anna Wildt

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: