



## Urteil vom 14. November 2018

---

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),  
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,  
Richterin Franziska Schneider,  
Gerichtsschreiberin Tania Sutter.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_ (**Pensionskasse**),  
vertreten durch lic. iur. Andreas Gnädinger,  
Beschwerdeführerin,

gegen

**B.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
vertreten durch Dr. iur. Elisabeth Glättli, Rechtsanwältin,  
Beschwerdegegner,

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,  
Verfügung der IVSTA vom 18. April 2016.

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

**A.a** Der am (...) 1952 geborene B.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdegegner) ist deutscher Staatsangehöriger, verfügte über eine Grenzgängerbewilligung und war in den Jahren 2011 bis 2015 als Projektleiter bei der C.\_\_\_\_\_ AG im Kanton D.\_\_\_\_\_ angestellt (vgl. Akten der IV-Stelle des Kantons D.\_\_\_\_\_ [k-act.] 1 S. 1, 4, 18 = Akten der Vorinstanz [act.] 2 S. 1, 4, 19). Dabei leistete er Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; k-act. 9 f. = act. 3). Am 3. November 2014 wurde dem Beschwerdegegner aus wirtschaftlichen Gründen per 31. März 2015 gekündigt (k-act. 11 S. 14). Infolge Arbeitsunfähigkeit endete das Arbeitsverhältnis schliesslich am 30. Juni 2015 (k-act. 11 S. 15).

**A.b** Am 2. Februar 2015 meldete sich der Beschwerdegegner unter Angabe von Schmerzen im Bereich der Lenden-, Brust- und Halswirbelsäule (LWS/BWS/HWS) sowie kurzzeitiger Bewusstseinsstörungen bei Bewegungen der HWS bei der IV-Stelle des Kantons E.\_\_\_\_\_ zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) an (k-act. 1 S. 1 ff. = act. 2 S. 1 ff.). Die IV-Stelle des Kantons E.\_\_\_\_\_ leitete die Anmeldung zuständigkeitshalber der IV-Stelle des Kantons D.\_\_\_\_\_ weiter (k-act. 1 S. 22). In der Folge klärte die IV-Stelle des Kantons D.\_\_\_\_\_ die erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse ab. Am 24. Dezember 2015 teilte sie dem Beschwerdegegner mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (k-act. 54 = act. 28). Mit Vorbescheid vom 24. Dezember 2015 wurde dem Beschwerdegegner die Zusprache einer ganzen Rente ab 1. August 2015 in Aussicht gestellt (k-act. 56 = act. 29). Gegen diesen Vorbescheid erhob die A.\_\_\_\_\_ (Pensionskasse) (nachfolgend: Beschwerdeführerin), mit Eingabe vom 21. Januar 2016 Einwand und machte im Wesentlichen geltend, es sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen (k-act. 60). Mit Verfügung vom 18. April 2016 sprach die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: Vorinstanz) dem Beschwerdegegner ab 1. August 2015 eine ganze Invalidenrente zu (k-act. 74 S. 3 ff. = act. 33 S. 3 ff.). Zur Begründung führte die Vorinstanz im Wesentlichen an, der Beschwerdegegner sei aufgrund der vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) geprüften medizinischen Unterlagen seit dem 4. August 2014 in seiner angestammten Tätigkeit als Projektleiter gesundheitsbedingt erheblich eingeschränkt. Eine Teil-

arbeitsfähigkeit für eine dem Leiden optimal adaptierte Tätigkeit sei medizinisch-theoretisch nicht grundsätzlich auszuschliessen. Aufgrund des fortgeschrittenen Alters und der medizinisch ausgewiesenen gesundheitlichen Einschränkung müsse jedoch davon ausgegangen werden, dass eine allfällige medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar sei. Es liege demnach eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, was einem Invaliditätsgrad von 100 % entspreche (k-act. 74 S. 10 = act. 33 S. 10).

**B.**

Gegen die Verfügung vom 18. April 2016 erhob die A. \_\_\_\_\_ (Pensionskasse) mit Eingabe vom 20. Mai 2016 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde. Sie beantragte, es sei die Verfügung vom 18. April 2016 aufzuheben und die Rentenberechtigung des Beschwerdegegners zu verneinen; eventualiter sei die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Vorinstanz. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, aufgrund der Akten sei kein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden und damit keine Rentenleistungspflicht ausgewiesen. Bei dieser Ausgangslage sei es irrelevant, dass der Beschwerdegegner zum Zeitpunkt der Verfügung bereits das 63. Altersjahr zurückgelegt habe (Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer act.] 1).

**C.**

Die Beschwerdeführerin wurde mit Zwischenverfügung vom 26. Mai 2016 aufgefordert, innert 30 Tage ab Erhalt dieser Verfügung einen Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– der Gerichtskasse zu überweisen (BVGer act. 2). Der einverlangte Kostenvorschuss ging am 2. Juni 2016 in der Gerichtskasse ein (BVGer act. 4).

**D.**

Die Vorinstanz beantragte mit Vernehmlassung vom 3. August 2016 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Dabei verwies sie auf die Stellungnahme der IV-Stelle des Kantons D. \_\_\_\_\_ vom 25. Juli 2016, mit welcher auf eine Vernehmlassung verzichtet und auf die angefochtene Verfügung vom 18. April 2016 verwiesen wurde (BVGer act. 9).

**E.**

Der Beschwerdegegner beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. März

2017, es sei die Beschwerde abzuweisen; eventualiter seien weitere Abklärungen zu tätigen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin [recte: Beschwerdeführerin] (BVGer act. 32).

**F.**

Mit Replik vom 1. Juni 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (BVGer act. 36).

**G.**

Der Beschwerdegegner hielt mit Duplik vom 7. Juli 2017 an seinen Anträgen ebenfalls fest (BVGer act. 38).

**H.**

Die Vorinstanz hielt mit Duplik vom 10. Juli 2017 an ihren Anträgen fest und verwies dabei auf die Stellungnahme der IV-Stelle des Kantons D. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2017, mit welcher auf eine Duplik verzichtet wurde (BVGer act. 39).

**I.**

Mit Instruktionsverfügung vom 20. Juli 2017 wurde der Schriftenwechsel vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen abgeschlossen (BVGer act. 40).

**J.**

**J.a** Die Vorinstanz wurde mit Instruktionsverfügung vom 17. Mai 2018 unter Hinweis auf die medizinische Aktenlage und die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung im Zusammenhang mit depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur bzw. psychischen Erkrankungen im Allgemeinen sowie auf das Urteil des BVGer C-4887/2017 vom 6. Dezember 2017 aufgefordert, bis zum 18. Juni 2018 in Zusammenarbeit mit dem RAD eine Stellungnahme abzugeben (BVGer act. 46).

**J.b** Innert erstreckter Frist führte die Vorinstanz mit Stellungnahme vom 29. Juni 2018 unter Verweis auf den Bericht ihres ärztlichen Dienstes vom 26. Juni 2018 aus, der zur Zeit des Eintretens der Arbeitsunfähigkeit 62-jährige Beschwerdegegner leide unter vielfältigen somatischen Beschwerden, die zu Funktionseinschränkungen im Bereich Schultern, Hände, Wirbelsäule und Knie führen würden. Dazu komme eine depressive Störung, die als schwer eingeschätzt werde und im August 2014 zu einer zweimonatigen Hospitalisierung geführt habe. Aus rein psychiatrischer Sicht be-

stehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Es liege eine ausführliche medizinische Dokumentation vor, welche die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Projektleiter begründe. Aufgrund verschiedener Funktionseinschränkungen sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht sowie des fortgeschrittenen Alters des Beschwerdegegners könne nicht mehr von einer verwertbaren Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden. Eine Prüfung der Standardindikatoren erübrige sich (BVGer act. 49).

**J.c** Mit Instruktionsverfügung vom 20. Juli 2018 wurde der Beschwerdeführerin und dem Beschwerdegegner Gelegenheit gegeben, bis zum 14. September 2018 eine abschliessende Stellungnahme abzugeben (BVGer act. 50).

**J.d** Die Beschwerdeführerin wies in ihrer Stellungnahme vom 11. September 2018 insbesondere darauf hin, die Vorinstanz begnüge sich weiterhin lediglich damit, die verschiedenen gestellten Befunde aufzulisten und pauschal zu behaupten, es liege eine ausführliche medizinische Dokumentation vor, welche die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Projektleiter begründe. Ausserdem lasse sie ausser Acht, dass der RAD des Kantons D. \_\_\_\_\_ mit ausführlichen Stellungnahmen vom 18. Mai 2015, 9. November 2015 und 14. Dezember 2015 keine für eine Invalidisierung relevanten Gesundheitsschäden habe ausmachen können. Da kein relevanter psychischer Gesundheitsschaden vorliege, könne auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden. Schliesslich führte die Beschwerdeführerin an, dass selbst wenn ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegen würde, für die Bestimmung der Restarbeitsfähigkeit eine Einzelfallprüfung vorzunehmen wäre. Eine solche habe die Vorinstanz nicht vorgenommen. Wäre das Vorgehen der Vorinstanz richtig, würde dies dazu führen, dass die Invalidenversicherung – und aufgrund der Bindungswirkung auch die Vorsorgeeinrichtung – als Arbeitslosenversicherung für ältere Personen tätig würde, was nicht der gesetzgeberische Wille sein könne (BVGer act. 51).

**J.e** Der Beschwerdegegner bestätigte mit Vernehmlassung vom 14. September 2018, dass er an vielfältigen somatischen und psychischen Beschwerden leide. In seiner angestammten Tätigkeit sei er nicht mehr einsetzbar. Auch eine andere Tätigkeit sei ihm nicht mehr zuzumuten. Daher sei von keiner verwertbaren Restarbeitsfähigkeit auszugehen. Sodann wies der Beschwerdegegner darauf hin, dass bei Anordnung einer Begut-

achtung die Aufnahme einer allfälligen Verweistätigkeit ins Rentenalter fallen würde. Selbst wenn die Vorinstanz Ende 2015 eine Begutachtung in Auftrag gegeben hätte, hätte eine allfällige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners in einer angepassten Tätigkeit frühestens im Herbst 2016 festgestanden. Dem Beschwerdegegner hätten gemäss BGE 138 V 457 noch etwa ein halbes bis dreiviertel Jahr für die Umstellung und Ausübung der Erwerbstätigkeit zur Verfügung gestanden. Bei einer derart kurzen Zeit müsse es im Ermessen der Vorinstanz liegen, ob ein Gutachten eingeholt werde oder nicht. Die Vorinstanz habe den in E. 3.5 des Urteils des BVGer C-4887/2017 festgehaltenen Grundsatz der Gleichbehandlung nicht verletzt. Vielmehr liege aufgrund der besonderen Umstände des Falles eine Ausnahmesituation vor, welche ein Abweichen davon rechtfertige (BVGer act. 52).

**J.f** Mit Instruktionsverfügung vom 20. September 2018 wurde der Schriftenwechsel vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen wieder abgeschlossen (BVGer act. 53).

**K.**

Auf die Ausführungen der Parteien und die Beweismittel ist, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen näher einzugehen.

## **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.**

**1.1** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 18. April 2016, mit welcher dem Beschwerdegegner ab 1. August 2015 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde.

**1.2** Das Bundesverwaltungsgericht hat seine Zuständigkeit von Amtes wegen zu prüfen (Art. 7 Abs. 1 VwVG). Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern die IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Entsprechend war die IV-Stelle des Kantons D. \_\_\_\_\_ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig

und hat die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 18. April 2016 erlassen. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, Art. 32 und Art. 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]).

**1.3** Der Beschwerdeführerin steht als Vorsorgeeinrichtung ein selbständiges Beschwerderecht im Verfahren nach IVG zu (vgl. BGE 129 V 73). Aufgrund der Verbindlichkeitswirkung des IV-Verfahrens ist die Beschwerdeführerin zudem in ihrer Leistungspflicht berührt und hat damit ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung oder Änderung der angefochtenen Verfügung, womit sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]).

**1.4** Der Kostenvorschuss wurde fristgerecht geleistet, sodass auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 20. Mai 2016 einzutreten ist (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

## **2.**

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

**2.2** Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C\_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

**2.3** Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C\_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### 3.

**3.1** Der Beschwerdegegner ist deutscher Staatsangehöriger, hat seinen Wohnsitz in Deutschland und war in den Jahren 2011 bis 2015 im Kanton D. \_\_\_\_\_ erwerbstätig (vgl. k-act. 1 und 4 = act. 2 S. 1 und 4). Bis zum 30. Juni 2016 war er als Wochenaufenthalter in (...) im Kanton E. \_\_\_\_\_ gemeldet (vgl. Beilage zu BVGer act. 47). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich jedoch auch nach dem Inkrafttreten des FZA allein nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

**3.2** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 18. April 2016 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### 4.

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die AHV/IV geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Der Beschwerdegegner hat unbestrittenemassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. k-act. 9 f. = act. 3), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

### 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).

**5.2** Anspruch auf eine Rente haben laut Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, 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). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

**5.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (vgl. Art. 4 und Art. 7 Verordnung [EG] Nr. 883/2004 [SR 0.831.109.268.1]; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1). Die Regelung in Art. 29 Abs. 4 IVG stellt dabei nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

**5.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche

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

**5.5** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

## **6.**

Mit Anmeldung vom 2. Februar 2015 machte der Beschwerdegegner Schmerzen im Bereich der LWS/BWS/HWS sowie kurzzeitige Bewusstseinsstörungen bei Bewegungen der HWS geltend. Die Probleme hätten im September 2014 begonnen (k-act. 1 S. 5). Aus den vorliegenden medizinischen Akten ergeben sich zudem weitere somatische und psychiatrische Beschwerden. Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob beim Beschwerdegegner ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 28 Abs. 1 IVG vorliegt.

**6.1** Als erstes werden nachfolgend die medizinischen Akten betreffend den Bewegungsapparat analysiert:

**6.1.1** Zunächst finden sich medizinische Unterlagen betreffend einen Unfall, den der Beschwerdegegner am 14. August 2013 an einem Finger erlitten hatte. Gemäss Notfallbericht vom 14. August 2013 des Kantonsspitals F.\_\_\_\_\_ wurde beim Beschwerdegegner infolge Verletzung durch ein Vertikalschleifband die Diagnose einer Fingerkuppenteilamputation Dig II Hand rechts mit ossärer Beteiligung gestellt (k-act. 13 S. 1 f.). Ferner wurde eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % vom 14. bis 21. August 2013 attestiert (k-act. 13 S. 4). Wegen eines persistierenden Fremdkörpergefühls im betroffenen Finger wurde gemäss ambulantem Bericht vom 17. März 2014 des Kantonsspitals F.\_\_\_\_\_ ein Fadengranulom operativ entfernt.

Der Eingriff sei komplikationslos verlaufen (k-act. 13 S. 5). Ob danach noch invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkungen aufgetreten sind, geht aus den vorliegenden Akten nicht hervor.

**6.1.2** Sodann bestehe beim Beschwerdegegner gemäss Bericht vom 7. Februar 2014 von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Diagnose eines schnellenden Kleinfingers (ICD-10 M65.3) beidseits. Im Übrigen habe die Röntgenuntersuchung beider Hände einen unauffälligen altersentsprechenden Normalbefund ergeben. Eine Operation der klassischen Schnappfinger sei indiziert. Der Patient werde sich hierfür melden (k-act. 13 S. 27). Der operative Eingriff fand dann erst rund eineinhalb Jahre später im Klinikum H.\_\_\_\_\_, am 26. Juni 2015 (links) bzw. am 28. August 2015 (rechts) statt (k-act. 30, 39). Dazu, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass die schnellenden Kleinfinger die Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners beeinträchtigt haben, finden sich keinerlei Angaben in den medizinischen Berichten. Auch ist keine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit dokumentiert. Das lange Zuwarten bis zur operativen Behandlung kann als Indiz für einen geringen Leidensdruck gewertet werden.

**6.1.3** Mit Bericht vom 3. November 2014 der Radiologie I.\_\_\_\_\_, wurde die am 27. Oktober 2014 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRT) des linken Kniegelenks wie folgt beurteilt: Meniskusdegeneration Grad III–IV mit Rissbildung des Innenmeniskushinterhorns und z.T. spitzennah ausgewalzter Meniskusform; Meniskusdegeneration Grad II der Pars intermedia des Innenmeniskus sowie in geringer Ausprägung auch des gesamten Aussenmeniskus; Bandstrukturen intakt; Gonarthrose mit Knorpelschäden Grad III bei beginnenden Irregularitäten des hyalinen Knorpels im Bereich der gesamten Hauptbelastungszone; geringer Erguss; Plica mediopatellaris (k-act. 13 S. 8). Ein Jahr später wurden am 27. Oktober 2015 laut Operationsbericht des Klinikums H.\_\_\_\_\_, beim linken Knie die arthroskopischen Diagnosen Innen- und Aussenmeniskusläsion (ICD-10 M23.30) und Gonarthrose (ICD-10 M17.9) gestellt und operativ behandelt (k-act. 44). Zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners finden sich keine Angaben in diesen Berichten.

**6.1.4** Aufgrund von Schmerzen im Nacken wurde die HWS des Beschwerdegegners zunächst in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis J.\_\_\_\_\_, am 6. Oktober 2014 geröntgt. Dabei wurden degenerative Veränderungen im Atlantoaxialgelenk, Chondrose und Osteochondrose von C4–Th1, Spondylarthrose und Unkarthrose, jedoch keine Destruktionen

festgestellt (k-act. 13 S. 7). Am 7. März 2015 wurde sodann ein MRT der HWS erstellt (k-act. 13 S. 34). Die Radiologie I. \_\_\_\_\_ gab mit Bericht vom 12. März 2015 folgende Beurteilung ab: Steilstellung; erosive Osteochondrose HWK 5 bis HWK 6; multisegmentale Facettengelenksarthrose; kein Myelopathiesignal; HWK4/5 mit medialem bis rechts medio-lateralem Prolaps mit konsekutiver foraminale Tangierung von C5 beidseits, links bedingt durch Facettengelenksarthrose; in dieser Höhe auch geringe SK-Stenose; HWK5/6 mit Retrospondylophyten und flacher Protrusion mit foraminale Tangierung von C6 rechts (k-act. 14). Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie, Klinikum L. \_\_\_\_\_, stellte mit Schreiben vom 9. April 2015 folgende Diagnosen: Degenerative Veränderungen der unteren Halswirbelsäule mit Bandscheibenprotrusionen, neuroforaminalen Engen C5 beidseits sowie C6 rechts; Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom beidseits; Verdacht auf Burning feet-Syndrom; Verdacht auf Rotatorenmanschettenläsion linke Schulter; Verdacht auf lumboischialgieforme Beschwerden bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (k-act. 16). Zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners finden sich in den angeführten Berichten keine Angaben.

**6.1.5** Der Beschwerdegegnere wurde sodann auch neurologisch untersucht. Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie, vermerkte in seinem Bericht vom 16. April 2015 die Diagnosen Karpaltunnelsyndrom beidseits, HWS-Syndrom, LWS-Syndrom sowie Verdacht auf Spannungskopfschmerz. In der Beurteilung führte er zusammenfassend aus, bei der neurologischen Untersuchung falle vor allem die ausgeprägte Einschränkung der Schulterbeweglichkeit links mit starken Schmerzen auf. Dies sei orthopädisch zu beurteilen. Sonst würden keine sicheren Paresen oder Gefühlsstörungen bestehen. Anamnestisch bestehe allerdings Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom beidseits, was sich elektrophysiologisch bestätige. Es handle sich um einen ziemlich ausgeprägten Befund. Zunächst sei ein konservativer Therapieversuch gewünscht und er habe eine Handgelenkschiene für die linke Seite verordnet. Bezüglich der HWS- und LWS-Beschwerden liege keine eindeutige radikuläre Symptomatik vor. Er empfehle eine intensive, konservative Therapie. Bezüglich der Kopfschmerzen an der Stirn beidseits handle es sich am ehesten um einen Verdacht auf Spannungskopfschmerz bei unauffälligem Befund im EEG (k-act. 19). Zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners finden sich auch in neurologischer Hinsicht keine Angaben. Was die Beschwerden an der linken Schulter anbelangt, führte Dr. med. M. \_\_\_\_\_ zu Recht an, diese seien orthopädisch

zu beurteilen. RAD-Arzt Dr. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2015 bezüglich dieser Berichte aus, für die HWS hätten sich degenerative Veränderungen und eine Protrusion gefunden, die aber weder klinisch noch anamnestisch oder neurologisch hätten verifiziert werden können (Beilage 2 zu BVGer act. 22 [nachfolgend: Case Report vom 06.10.2016] S. 12).

**6.1.6** Mit Schreiben vom 19. Mai 2015 stellte Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Diagnosen Rotatorenmanschetten Syndrom links (ICD-10 M75.1) und Schultergelenkarthrose links (ICD-10 M19.91). Dazu ob und gegebenenfalls inwiefern sich diese Diagnosen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners auswirken, äusserte er sich nicht (k-act. 26 S. 5).

**6.1.7** Dem späteren Schreiben vom 27. Juli 2015 von Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ ist sodann zu entnehmen, dass die bisher vorgenommene zweimalige Facetteninfiltration an der unteren Halswirbelsäule zu einer 30 %-igen Beschwerdelinderung geführt habe. Eine dritte Infiltration sei nun vorgenommen worden. Der dauerhafte Erfolg dieser Massnahme bleibe abzuwarten. Zudem hielt er fest, das Kernspintomogramm vom 2. Juli 2015 zeige keine relevante Spinalkanalstenose und keinen Hinweis einer Nervenwurzelkompression im Sinne der Neuroforaminalstenose (k-act. 36 S. 2). Aus diesem Bericht lassen sich ebenfalls keine verlässlichen Rückschlüsse auf allfällige Einschränkungen der Leistungsfähigkeit aufgrund der vom Beschwerdegegner angegebenen Schmerzen im Nacken ziehen.

**6.1.8** Am 26. Juni 2015 bzw. am 28. August 2015 wurde der Beschwerdegegner im Klinikum H. \_\_\_\_\_ wegen des Karpaltunnelsyndroms (ICD-10 G56.0) zunächst links und dann rechts operiert (k-act. 30; 39).

**6.1.9** Mit Schreiben vom 19. Oktober 2015 stellte der Neurologe Dr. med. M. \_\_\_\_\_ die Diagnosen HSW-LWS-Syndrom sowie Zustand nach Operation eines Karpaltunnelsyndroms beidseits. Zusammenfassend führte er aus, es bestehe kein neurologisches Defizit. Elektrophysiologisch finde sich eine Besserung des Befundes über dem Karpaltunnel auf beiden Seiten, allerdings würden die Werte (noch?) deutlich im pathologischen Bereich liegen. Die jetzt noch geschilderten Beschwerden mit Schmerzen in

den Unterarmen beim Zupacken, liessen sich mit einem Karpaltunnelsyndrom nicht richtig erklären. Bezüglich der Beschwerden an den Beinen finde sich von seiner Seite aus kein wegweisender Befund (k-act. 43).

**6.1.10** Am 4. Dezember 2015 wurde in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis J. \_\_\_\_\_ ein MRT des Kniegelenks rechts durchgeführt. Infolgedessen wurde von einer medialisseitigen Chondropathie mit bereits möglichen kleinen Knorpeldefekten berichtet. Weiter bestehe eine deutliche Degeneration des Innenmeniskus mit erkennbaren Einrissen vor allem am Hinterhorn. Der Aussenmeniskus sei intakt. Allenfalls bestehe eine leichte Degeneration der Knorpelflächen lateral. Schliesslich wurde ein mässiger begleitender Gelenkserguss genannt (k-act. 53). Zur Leistungsfähigkeit finden sich keine Angaben. In dieser Hinsicht führte auch RAD-Arzt Dr. N. \_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 14. Dezember 2015 aus, dass sich zur klinischen Relevanz dieser durchaus altersüblichen Veränderungen keine Unterlagen finden würden (Case Report vom 06.10.2016 S. 19).

**6.1.11** Hinsichtlich des Bewegungsapparates wurden beim Beschwerdegegner im Laufe der Zeit verschiedene Diagnosen gestellt und teilweise auch operative Eingriffe vorgenommen. Die jeweiligen Berichte äussern sich jedoch nicht zu den funktionellen Einschränkungen, welche allenfalls aus diesen Diagnosen resultierten. Die subjektiven Beschwerden wurden – wenn überhaupt – nur pauschal festgehalten. Auch sind der Behandlungsverlauf und insbesondere das Ergebnis der operativen Eingriffe unvollständig oder gar nicht dokumentiert. Schliesslich ist anzumerken, dass soweit die behandelnde Psychotherapeutin Dr. med. P. \_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 1. Dezember 2015 ausführte, die Einschränkungen würden vorwiegend auf orthopädischem Gebiet bestehen und die Leistungsfähigkeit sei aus orthopädischen Gründen seit August 2015 zu 100 % vermindert (k-act. 51 S. 3), nicht darauf abgestellt werden kann. Dr. med. P. \_\_\_\_\_ verfügt nämlich über keine fachliche Qualifikation im orthopädischen Bereich.

**6.2** In psychiatrischer Hinsicht präsentiert sich die Aktenlage folgendermassen:

**6.2.1** Gemäss Bericht vom 2. Oktober 2014 des Zentrums für Psychiatrie, Klinikum Q. \_\_\_\_\_, befand sich der Beschwerdegegner vom 4. August 2014 bis 1. Oktober 2014 in stationärer Behandlung wegen schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), essentielle Hypertonie (ICD-10 I10.90) und gastroösophageale Refluxkrankheit

mit Ösophagitis (ICD-10 K21.0). Der Beschwerdegegner war wegen Suizidalität vom Hausarzt angemeldet worden. Der psychische Aufnahmezustand wurde wie folgt beschrieben: wach, bewusstseinsklar, voll orientiert, Stimmung gedrückt, wiederkehrend hoffnungslos, ängstlich, gereizt, teilweise eingeschränkt schwingungsfähig, jedoch auslenkbar, im Kontakt freundlich und aufgeschlossen, Antrieb deutlich vermindert, psychomotorisch ruhig, kein Anhalt für formale oder inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen oder Wahrnehmungsstörungen, von Suizidalität glaubhaft distanziert. Abschliessend wurde festgehalten, das depressive Zustandsbild habe sich im Verlauf insgesamt deutlich gebessert. Es wurde eine zeitnahe ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung empfohlen (k-act. 26 S. 1 ff.).

**6.2.2** In der Folge befand sich der Beschwerdegegner vom 24. Februar 2015 bis 1. Dezember 2015 in ambulanter Behandlung bei Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin und Psychotherapie. Gemäss undatiertem ärztlichen Attest von Dr. med. P.\_\_\_\_\_, (Eingang bei der IV-Stelle des Kantons D.\_\_\_\_\_ am 19. November 2015) habe der Beschwerdegegner unter einer schweren depressiven Episode gelitten. Eine langjährige depressive Störung sei bekannt. Ferner würden gravierende gesundheitliche Einschränkungen auf orthopädischem Fachgebiet bestehen. Eine Arbeitsfähigkeit sei bis auf weiteres nicht gegeben (k-act. 47).

**6.2.3** Mit Bericht vom 1. Dezember 2015 stellte Dr. med. P.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen: rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33); chronische degenerative Gelenksveränderungen; *drop attacks* unklarer Genese. Anamnestisch liege eine langjährige depressive Störung mit wiederholt ernst gemeinten Suizidphantasien vor, aktuell noch mittelgradige Episode. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit Oktober 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %, zuvor von 50 % seit August 2015 und initial von 100 % von August 2014 bis ca. Dezember 2014. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit seit August 2015. Hinsichtlich der *drop attacks* sei die Arbeitsunfähigkeit unklar, da die Genese unklar sei. Die *drop attacks* seien initial gehäuft und aktuell im Abstand von Monaten aufgetreten. Weiter hielt Dr. med. P.\_\_\_\_\_ fest, die Einschränkungen würden vorwiegend auf orthopädischem Gebiet bestehen. Bei der Arbeit würden sich diese durch heftige Rücken- und Gelenkschmerzen auswirken. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht vor allem wegen orthopädischer Beschwerden nicht mehr zumutbar. Die Leistungsfähigkeit sei aus orthopädischen Gründen zu 100 % vermindert. Der Beschwerde-

gegner befinde sich in orthopädischer Behandlung. Hinsichtlich des Belastungsprofils in einer behinderungsangepassten Tätigkeit wies Dr. med. P.\_\_\_\_\_ schliesslich darauf hin, diese müsse von orthopädischer Seite beurteilt werden. Konzentrationsvermögen, Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit erachtete sie als eingeschränkt, ohne dies jedoch näher auszuführen (k-act. 51).

**6.2.4** In psychiatrischer Hinsicht ist zunächst aufgrund des stationären Klinikaufenthalts vom 4. August 2014 bis 1. Oktober 2014 eine umfassende Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners wurden im Bericht vom 2. Oktober 2014 keine Angaben gemacht. Somit kann allein aufgrund dieses Berichtes nicht beurteilt werden, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang nach dem stationären Aufenthalt Leistungseinschränkungen aus psychiatrischer Sicht weiter bestanden haben. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ attestierte zwar rückwirkend eine bis ca. Dezember 2014 fortdauernde umfassende Arbeitsunfähigkeit. Jedoch ist nicht ersichtlich, worauf sich diese Einschätzung gründet. Vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdegegner in deutlich gebessertem Zustand aus der Klinik entlassen wurde und er sich erst ab Ende Februar 2015 in ambulanter Behandlung von Dr. med. P.\_\_\_\_\_ befand, erscheint sie denn auch nicht nachvollziehbar. Sodann attestierte Dr. med. P.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdegegner erst wieder ab August 2015 eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit und ab Oktober 2015 noch eine solche von 30 %. Es fehlen jedoch Angaben dazu, inwiefern sich die psychiatrischen Einschränkungen auf die Leistungsfähigkeit konkret auswirkten. Hinzu kommt, dass gemäss BGE 143 V 418 fortan sämtliche psychischen Erkrankungen – laut BGE 143 V 409 namentlich auch depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur – einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen und die funktionellen Folgen sämtlicher psychischer Befunde anhand des strukturierten Beweisverfahrens gesamthaft zu beurteilen sind. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden und ist somit auch im vorliegenden Fall massgebend (vgl. Urteil des BGer 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1). Die vorliegenden psychiatrischen allgemein und kurz gehaltenen Berichte vermögen diesen Anforderungen nicht zu genügen. Damit erweisen sich die psychiatrischen Berichte auch in dieser Hinsicht als unvollständig.

**6.3** Was die vom Beschwerdegegner angeführten Bewusstseinsstörungen anbelangt, ergibt sich Folgendes:

**6.3.1** Gemäss Schreiben vom 8. November 2014 von Dr. R. \_\_\_\_\_, Internist/Kardiologe/Sportmedizin, habe sich der Beschwerdegegner wegen Bewusstlosigkeitszuständen mit rezidivierenden Synkopen unklarer Genese vorgestellt. Es könnten auch *drop attacks* vorhanden sein. Es würden umfassende Abklärungen laufen (k-act. 13 S. 9). Am 11. November 2014 wurde in der Radiologie I. \_\_\_\_\_ eine MR Hals-Angiographie durchgeführt (k-act. 13 S. 11). Daraus ergaben sich gemäss Schreiben vom 17. November 2014 von Dr. R. \_\_\_\_\_ sowie gemäss Beurteilung der Radiologie I. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2014 keine Hinweise auf eine Gefässanomalie. Es bestehe keine Stenose der arteria subclavia oder der zervikalen hirnversorgenden Gefässe. Hingegen wurde eine aktivierte Spondylarthrose links auf Höhe HWK 4/5 festgestellt (vgl. k-act. 13 S. 19 und S. 21).

**6.3.2** Sodann schloss S. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, laut Schreiben vom 15. Dezember 2014 ein Subclavian-Steal-Syndrom als Ursache für die berichteten Synkopen aus. Anamnestisch gebe es auch keine Hinweise für eine verminderte Durchblutung im Sinne einer Hirnstamm-TIA (transitorische ischämische Attacke; k-act. 13 S. 22).

**6.3.3** Schliesslich wurde auch gemäss vorläufigem Befund des Neurozentrums am Klinikum T. \_\_\_\_\_ vom 18. März 2015 aufgrund der am 16. Februar 2015 durchgeführten Angiographie kein Hinweis auf eine vaskuläre Ursache der Synkopen festgestellt (k-act. 13 S. 35 f.).

**6.3.4** In all diesen Berichten finden sich keine Angaben dazu, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die Synkopen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners ausgewirkt haben. Aus dem Bericht vom 1. Dezember 2015 der behandelnden Psychotherapeutin Dr. med. P. \_\_\_\_\_ geht hervor, dass die Bewusstseinsstörungen initial gehäuft, später aber lediglich noch im Abstand von Monaten aufgetreten seien. Damit ist fraglich, ob den geltend gemachten Synkopen überhaupt invalidenversicherungsrechtliche Relevanz zukommt. Bei dieser Sachlage kann aus den pauschalen, unbegründeten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und entsprechenden Folgebescheinigungen von Dr. R. \_\_\_\_\_ bzw. einem seiner Praxiskollegen, wonach der Beschwerdegegner seit 4. November 2014 bis 31. Dezember 2015 arbeitsunfähig gewesen sei (vgl. k-act. 36 S. 3; 39 S. 3; 42;

46), nichts mit Bezug auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners abgeleitet werden.

**6.4** Zu den verbleibenden internistischen Berichten ergibt sich was folgt:

**6.4.1** Gemäss Schreiben vom 30. Januar 2015 von Dr. med. U. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie (Proktologie), habe der Beschwerdegegner über einen stechenden Schmerz vom After mit Ausstrahlung in den Rücken berichtet. Nach proktologischer Untersuchung diagnostizierte er Hämorrhoiden 1.–2. Grades (k-act. 13 S. 26). Ob sich daraus Leistungseinschränkungen ergeben, geht aus dem Bericht nicht hervor. RAD-Arzt Dr. N. \_\_\_\_\_ beurteilte im Rahmen seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2015 die Hämorrhoiden als gering. Ferner würden sie die bis in den Rücken ausstrahlenden Beschwerden nicht erklären (vgl. Case Report vom 06.10.2016 S. 13).

**6.4.2** Der Internist-Gastroenterologe Dr. med. V. \_\_\_\_\_ stellte anlässlich einer Magen- und Darmspiegelung mit Bericht vom 18. November 2015 eine nicht erosive Refluxkrankheit (ICD-10 K21.9) fest. Zudem nahm er eine Zangenabtragung einer Polypenknospe im Zökum (ICD-10 K63.5) vor. Im Übrigen waren die Untersuchungsergebnisse unauffällig (k-act. 49). Zur Leistungsfähigkeit finden sich keine Angaben. Die angeführten Befunde deuten jedenfalls auf keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung hin.

**6.4.3** Aus den angeführten internistischen Befunden allein lassen sich somit ebenfalls keine Leistungseinschränkungen ableiten. Hinzu kommt, dass sich für die vom Beschwerdegegner angegebenen in den Rücken ausstrahlenden Rückenschmerzen aus internistischer Sicht keine Erklärung fand. Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass die Untersuchungsergebnisse der Magen- und Darmspiegelung weitgehend unauffällig waren.

**6.5** Zusammenfassend ergibt sich aus der vorliegenden medizinischen Aktenlage, dass beim Beschwerdegegner bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. April 2016 zahlreiche verschiedenartige Befunde erhoben und Diagnosen gestellt worden sind. Zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht jedoch keine Korrelation, sodass die Diagnose allein keine Schlüsse in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zulässt (vgl. Urteil des BGer 9C\_911/2017 vom 16. März 2018 E. 3.1; BGE 140 V 193 E. 3.1). Eine Arbeitsunfähigkeit resultiert vielmehr aus der Intensität der Symptome und der Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. Urteile des BGer 8C\_391/2016 vom 30. Oktober 2013 E. 5.3.1 und

8C\_362/2010 vom 11. März 2011 E. 4.2.2). In somatischer Hinsicht lässt sich aufgrund der Aktenlage nicht beurteilen, ob die gestellten Diagnosen die funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners einschränken und gegebenenfalls in welchem Ausmass. Dies widerspiegelt sich auch in der Stellungnahme vom 9. November 2015 von RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_\_, wonach die recht dürftige Dokumentation zum Beschwerdeverlauf nichts oder wenig aussage, sodass die fortgesetzte Attestierung einer vollen Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sei (vgl. Case Report vom 06.10.2016 S. 17). In psychiatrischer Hinsicht ist zunächst mit dem stationären Klinikaufenthalt eine gesundheitliche Einschränkung ausgewiesen. Unklar bleibt jedoch, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass diese Einschränkung fortgedauert hat und inwiefern sie sich im weiteren Verlauf – namentlich auch mit Blick auf die Standardindikatoren nach BGE 141 V 281 – auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners konkret ausgewirkt hat.

**6.6** Die nach Erlass der Verfügung vom 18. April 2016 bzw. im gerichtlichen Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Berichte und Atteste erlauben ebenfalls keine Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners in der Zeit bis zum Verfügungserlass.

**6.6.1** Gemäss Operationsbericht vom 13. April 2016 (Eingang bei der IV-Stelle des Kantons D.\_\_\_\_\_ am 3. Mai 2016) wurde der Beschwerdegegnener im Klinikum H.\_\_\_\_\_ an der linken Schulter operiert, nachdem die konservative Therapie hinsichtlich der persistierenden Schmerzen an der Schulter nicht den gewünschten Erfolg erbracht hatte (k-act. 75 ff. = Beilage 2 zu BVGer act. 32). Zu allfälligen Leistungseinschränkungen finden sind keine Angaben.

**6.6.2** Anlässlich einer MRT der rechten Schulter vom 10. Mai 2016 wurden im Wesentlichen eine ausgedehnte Degeneration der Rotatorenmanschette mit Partialrupturen oder Sehnenauflöserung, eine deutliche AC-Arthrose, geringe Bursitis und degenerativ verändertes Labrum festgestellt (k-act. 79 = Beilage 3 zu BVGer act. 32). In der Folge empfahl die Praxis W.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdegegnener gemäss E-Mail vom 11. Mai 2016 eine Operation der rechten Schulter (k-act. 80). Zu den allfälligen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit fehlen wiederum jegliche Hinweise.

**6.6.3** Prof. Dr. X.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie/Rehabilitationswesen, nannte in seinem Bericht vom 22. Dezember 2016 die

Diagnosen Spondylitis Ankylosans (Axial), chronisches Wirbelsäulensyndrom und chronisches Schmerzsyndrom. Im Rahmen der Beurteilung erachtete er die Gabe von nichtsteroidalen Antirheumatika und zusätzlich Krankengymnastik bei Bedarf als momentan ausreichend. Eine Basistherapie sei derzeit nicht indiziert (Beilage 4 zu BVGer act. 32). Zu allfälligen Leistungseinschränkungen finden sich keine Angaben.

**6.6.4** Den Berichten des Universitätsklinikums Y. \_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2017 und 3. Februar 2017 ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdegegner im November 2016 erstmals ein Samenstrangliposarkom links diagnostiziert und in der Folge operativ behandelt wurde (vgl. Beilagen 5 f. zu BVGer act. 32). Zu den allfälligen Auswirkungen dieser Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit äussern sich diese Berichte hingegen nicht. Insbesondere lassen sich daraus auch keine Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners in der Zeit bis zum Verfügungserlass am 18. April 2016 ziehen.

**6.6.5** Schliesslich enthalten auch die ärztlichen Atteste vom 15. März 2017 von Dr. med. Z. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, sowie vom 22. März 2017 von Dr. R. \_\_\_\_\_ keine Angaben dazu, inwiefern sich die gestellten Diagnosen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners konkret ausgewirkt haben (vgl. Beilagen 7 f. zu BVGer act. 38). Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ formulierte zwar ein allgemeines Belastungsprofil und schätzte die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdegegners auf 70–80 %, doch bleibt unklar auf welchen Zeitraum sich diese Angaben beziehen. Ferner sind dabei weder Gesundheits- noch Behandlungsverlauf berücksichtigt worden. Hinzu kommt, dass Berichte behandelnder Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

**6.7** Somit ist abschliessend festzuhalten, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdegegners nicht ausreichend abgeklärt wurde. Namentlich wurde nicht abgeklärt, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass sich aus den gestellten Diagnosen funktionelle Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners ergeben haben. Demnach lässt sich aufgrund der vorhanden medizinischen Akten nicht beurteilen, ob ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliegt. Die bislang vorliegenden psychiatrischen Berichte erlauben überdies keine Prüfung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens im Lichte der massgeblichen Indikatoren nach BGE 141 V 281. Damit ist eine weitere

medizinische Abklärung erforderlich. Mit Blick auf die verschiedenartigen somatischen und psychischen Leiden des Beschwerdegegners ist dieser im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung und unter Berücksichtigung der Indikatoren nach BGE 141 V 281 zumindest durch Fachärzte in den Disziplinen Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie und Allgemeine Innere Medizin abzuklären. Da der Beschwerdegegner am (...) 2017 das ordentliche Rentenalter erreicht hat und ein allfälliger Anspruch auf eine Invalidenrente mit Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente erloschen ist (vgl. Art. 30 IVG), ist letztlich der Gesundheitszustand des Beschwerdegegners im Zeitraum vom 4. August 2014 (frühester möglicher Beginn der einjährigen Wartezeit) bis zum (...) 2017 (Erreichen des ordentlichen Rentenalters) entscheidend relevant. Entsprechend werden die Gutachter unter Berücksichtigung sämtlicher Vorakten und ihrer eigenen Untersuchungsergebnisse in erster Linie den Gesundheitszustand und dessen Verlauf sowie die daraus resultierende Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners im genannten Zeitraum zu beurteilen haben. Der allfällige Beizug weiterer Spezialisten ist dabei in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter zu stellen.

## 7.

Weiter umstritten und zu prüfen ist, ob mit Blick auf das fortgeschrittene Alter des Beschwerdegegners auf die weitere Abklärung des medizinischen Sachverhalts – namentlich auf die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens – verzichtet werden kann.

**7.1** Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung wird das fortgeschrittene Alter, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in die-

sem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1; vgl. auch Urteile des BGer 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1 und 8C\_892/2017 vom 23. August 2018 E. 3.2). Demnach schliesst das fortgeschrittene Alter für sich allein die Verwertbarkeit des verbliebenen Leistungsvermögens noch nicht aus (vgl. Urteil des BGer 9C\_1033/2012 vom 8. November 2013 E. 5.3 m.H.). Entsprechend hat das Bundesgericht insbesondere auch bei Versicherten im Alter von 63 oder 64 ½ Jahren eine differenzierte Einzelfallprüfung vorgenommen (vgl. Urteil des BGer 9C\_427/2010 vom 14. Juli 2010 E. 2.4.2 m.H. auf Urteile I 401/01 vom 4. April 2002 und 9C\_979/2009 vom 10. Februar 2010). Die Hürden, welche das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat, sind relativ hoch (Urteil des BGer 8C\_345/2013 vom 10. September 2013 E. 4.3.3).

**7.2** Die Frage nach dem verbliebenen Leistungsvermögen und gegebenenfalls nach dessen Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt stellt sich somit erst, wenn ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Ausserdem bilden gerade auch die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und dessen Folgen ein Kriterium bei der Beurteilung der Verwertbarkeit. Die blossе Tatsache des fortgeschrittenen Alters eines Versicherten kann daher nicht von der Abklärung des (medizinischen) Sachverhalts im Sinne von Art. 43 ATSG und insbesondere von der Prüfung der Frage, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, entbinden. Unter dem Aspekt der Gleichbehandlung und des Verbots der Altersdiskriminierung müssen auch für ältere Arbeitnehmer, die krankheits- oder unfallbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden, die gleichen Regeln betreffend der Sachverhaltsabklärung gelten (vgl. Urteil des BVGer C-4887/2017 vom 6. Dezember 2017 E. 3.5). Andernfalls würde – wie die Beschwerdeführerin zu Recht angeführt hat – für ältere Personen die Invalidenversicherung – und aufgrund der Bindungswirkung auch die Vorsorgeeinrichtung – an die Stelle der Arbeitslosenversicherung treten. Sinn und Zweck der Invalidenversicherung ist es aber, mit Eingliederungsmassnahmen oder Geldleistungen die Existenzgrundlage von invalid gewordenen Versicherten zu sichern (vgl. Art. 1a IVG). Die berufliche Vorsorge bezweckt sodann ergänzend zu den Leistungen der Invalidenversicherung, die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung in angemessener Weise zu erlauben (vgl. Art. 1 BVG [SR 831.40]).

**7.3** Im hier zu beurteilenden Fall lässt sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage gerade nicht beurteilen, ob im massgeblichen Zeitraum bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorgelegen hat. Um diese Frage zu klären, sind weitere medizinische Abklärungen erforderlich, weshalb namentlich ein interdisziplinäres Gutachten einzuholen ist. Davon ging grundsätzlich auch die IV-Stelle des Kantons D. \_\_\_\_\_ aus. So stellte sie im Rahmen der Case-Runde vom 15. Dezember 2015 fest, dass die Einholung eines MEDAS-Gutachten an sich erforderlich sei (vgl. Case Report vom 06.10.2016 S. 20). Eine antizipierte Beweiswürdigung ist aufgrund der aktuellen medizinischen Aktenlage nicht zulässig. Überdies könnte im Zweifelsfall ohnehin nicht einfach zu Gunsten des Versicherten entschieden werden, da der Grundsatz «in dubio pro assurato» sozialversicherungsrechtlich unzulässig ist (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

**7.4** Soweit die Vorinstanz sinngemäss anführte, die Einholung eines Gutachtens hätte sich nicht mehr gelohnt, lässt sie ausser Acht, dass der RAD frühzeitig eine eigene Untersuchung hätte durchführen oder ein Administrativgutachten hätte in Auftrag geben können. Würde der Zeitablauf zum Verzicht auf medizinische Abklärungen führen, so würde dies zu einer unzulässigen Besserstellung von Arbeitnehmern im fortgeschrittenen Alter führen, welche in einem absehbaren Zeitraum ohnehin regulär pensioniert würden. Die Beurteilung eines Gesuchs um Leistungen der Invalidenversicherung setzt unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt es gestellt wird, zwingend eine Abklärung des Gesundheitszustands voraus. Entgegen der Ansicht des Beschwerdegegners steht es nicht im Ermessen der Vorinstanz mit Blick auf das fortgeschrittene Alter des Beschwerdegegners bzw. der verbleibenden kurzen Aktivitätsdauer aus Praktikabilitäts- oder Verhältnismässigkeitsgründen auf medizinische Abklärungen wie namentlich die Einholung eines Gutachtens zu verzichten. Ein solches Vorgehen wäre gesetzeswidrig.

**7.5** Das vorliegend noch erforderliche interdisziplinäre Gutachten wird erst eingeholt werden, nachdem der Beschwerdegegners das ordentliche Rentenalter erreicht hat. Sollte dieses Gutachten zum Ergebnis führen, dass sich die verschiedentlich gestellten Diagnosen im massgeblichen Zeitraum bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters nicht auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners ausgewirkt haben, fiel ein Rentenanspruch – mangels invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens – von vorneherein ausser Betracht und das Leistungsge-

such des Beschwerdegegners wäre abzuweisen. Resultiert aus dem Gutachten hingegen eine umfassende Leistungseinschränkung, sodass dem Beschwerdegegner weder die angestammte noch eine angepasste Verweistätigkeiten mehr zumutbar war, wäre das Leistungsgesuch gutzuheissen. Sollte sich aus dem Gutachten für den massgeblichen Zeitraum bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters zwar eine invalidenversicherungsrechtlich relevante gesundheitliche Einschränkung ergeben, wobei dem Beschwerdegegner aber noch eine (Teil-)Erwerbstätigkeit zuzumuten bzw. ihm eine Resterwerbsfähigkeit verblieben wäre, so wäre das Leistungsgesuch ebenfalls gutzuheissen. Denn laut Bundesgericht ist die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter im Zeitpunkt zu beantworten, in dem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit feststeht (BGE 138 V 457 E. 3.3). Da die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit erst nach Erreichen des Rentenalters feststehen würde, fiel eine Verwertung der Resterwerbstätigkeit mangels Aktivitätsdauer ausser Betracht.

## **8.**

**8.1** Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht ausreichend abgeklärt. Trotz Vorliegens zahlreicher ärztlicher Berichte bleibt unklar, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die gestellten Diagnosen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners im relevanten Zeitraum bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters ausgewirkt haben. Die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens zur Abklärung des Gesundheitszustands des Beschwerdegegners ist daher unerlässlich. Das Absehen von der erforderlichen Abklärung des medizinischen Sachverhalts aufgrund des fortgeschrittenen Alters des Beschwerdegegners, der mittlerweile das ordentliche Rentenalter erreicht hat, ist nicht zulässig.

**8.2** Gemäss Art. 61 Abs. 1 VwVG entscheidet die Beschwerdeinstanz in der Sache selbst oder weist diese ausnahmsweise mit verbindlichen Weisungen an die Vorinstanz zurück. Im vorliegenden Fall fehlt eine medizinische Abklärung der funktionellen Auswirkungen der gestellten Diagnosen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdegegners. Die bislang vorliegenden psychiatrischen Berichte erlauben überdies keine Prüfung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens im Lichte der massgeblichen Indikatoren nach BGE 141 V 281. Damit erweist sich der medizinische Sachverhalt in mehrfacher Hinsicht als unvollständig abgeklärt, weshalb sich die

Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung rechtfertigt (vgl. Urteil des BGer 8C\_580/2017 vom 8. Februar 2018 E. 3.1; BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

**8.3** Die Beschwerde ist somit insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Dabei ist die Vorinstanz anzuweisen, den Beschwerdegegner in der Schweiz im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung zumindest durch Fachärzte in den Disziplinen Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie und Allgemeine Innere Medizin abklären zu lassen. Der allfällige Beizug weiterer Fachärzte ist dabei in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter zu stellen.

## **9.**

**9.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Die Verfahrenskosten können ganz oder teilweise erlassen werden, wenn Gründe in der Sache oder in der Person der Partei es als unverhältnismässig erscheinen lassen, diese der Partei aufzuerlegen (Art. 6 Bst. b des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

**9.1.1** Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Ihr ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**9.1.2** Die Auferlegung der Verfahrenskosten an den unterliegenden Beschwerdegegner erscheint im vorliegenden Fall vor dem Hintergrund, dass die Vorinstanz sein Leistungsgesuch gutgeheissen hat, als unverhältnismässig im Sinne von Art. 6 Bst. b VGKE, weshalb davon abzusehen ist.

**9.1.3** Der Vorinstanz als Bundesbehörde können ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**9.2** Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG)

**9.2.1** Nach der Rechtsprechung ist der Grundsatz, wonach der obsiegende Sozialversicherungsträger keinen Anspruch auf Parteientschädigung zu Lasten der Versicherten hat, auch im erstinstanzlichen Verfahren der beruflichen Vorsorge anzuwenden. Eine Ausnahme von diesem allgemeinen Prozessgrundsatz ist für Fälle vorzusehen, in denen dem Versicherten mutwillige oder leichtsinnige Prozessführung vorzuwerfen ist (vgl. BGE 126 V 149 E. 4b). Überdies sieht Art. 7 Abs. 3 VGKE vor, dass Bundesbehörden und, in der Regel, andere Behörden, die als Parteien auftreten, keinen Anspruch auf Parteientschädigung haben. Die obsiegende Beschwerdeführerin als Trägerin bzw. Versichererin der beruflichen Vorsorge hat deshalb keinen Anspruch auf Parteientschädigung (vgl. auch BGE 128 V 124 E. 5b; Urteil des BGer 9C\_592/2009 vom 15. April 2010 E. 4.1). Daran ändert auch der Umstand nichts, dass sie einen praktizierenden Rechtsanwalt mit der Wahrung ihrer Interessen betraut hat (vgl. MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, Rz. 4.66).

**9.2.2** Der unterliegende Beschwerdegegner und die Vorinstanz haben ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

### **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 18. April 2016 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

**2.**

Die Vorinstanz wird angewiesen, den Beschwerdegegner im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung in der Schweiz zumindest durch Fachärzte in den Disziplinen Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie und Allgemeine In-

nerer Medizin abklären zu lassen (vgl. E. 6.7). Der Beizug weiterer Spezialisten wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt.

**3.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**4.**

Es werden keine Parteienschädigungen zugesprochen.

**5.**

Dieses Urteil geht an:

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

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

David Weiss

Tania Sutter

**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: