



## Urteil vom 29. Juni 2020

---

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),  
Richterin Caroline Gehring, Richter Christoph Rohrer,  
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
vertreten durch lic. iur. Andreas Clavadetscher,  
Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,  
Verfügung vom 26. Juli 2018.

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

Der 1967 geborene, in seiner Heimat Deutschland wohnhafte A. \_\_\_\_\_ (*im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer*) war in seiner Eigenschaft als Grenzgänger ab dem 4. September 2000 für die Bauunternehmung B. \_\_\_\_\_ AG in (...) als Maurer erwerbstätig und entrichtete Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Nach durchgeführten Kataraktoperationen mit Implantation einer Kunstlinse am linken Auge am 8. Dezember 2005 und am rechten Auge am 18. Januar 2006 meldete er sich am 22. April 2006 erstmals bei der IV-Stelle des Kantons C. \_\_\_\_\_ (*im Folgenden: IV-Stelle C. \_\_\_\_\_*) zum Bezug von Leistungen der schweizerischen IV in Form der Kostenübernahme für die beidseitigen Staroperationen und von Hilfsmitteln (Brillen) an (Akten [*im Folgenden: act.*] der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland [*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*] 3.1, 7 S. 3, 9, 10 bis 12, 17, 23 S. 3, 24, 35 und 38.1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (*act.* 25) erliess die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ am 29. Januar 2008 eine Verfügung, mit welcher sie das Leistungsbegehren um Kostenübernahme abwies (*act.* 26). Diese Verfügung erwuchs – soweit aus den Akten ersichtlich – unangefochten in Rechtskraft.

**B.**

**B.a** Nachdem der Versicherte seit dem 31. August 2015 arbeitsunfähig gewesen war, meldete ihn die D. \_\_\_\_\_ Krankenversicherungs AG (*im Folgenden: D. \_\_\_\_\_ oder Krankenversicherung*) mit Datum vom 14. Januar 2016 bei der IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ neu an. Auf dem von ihm am 10. Januar 2016 unterzeichneten Anmeldeformular erwähnte er zur Art der Behinderung Atemnot bei Belastung und Knieschmerzen rechts (*act.* 29 bis 31, 42). Nach Vorliegen von medizinischen Dokumenten (*act.* 33, 36, 37, 38.3, 43, 47 und 48) und der im Zusammenhang mit dem Unfallereignis des Versicherten vom 28. Mai 2016 – er wurde von einem Personenwagen angefahren – erstellten Akten der schweizerischen E. \_\_\_\_\_ (*im Folgenden: E. \_\_\_\_\_; act.* 49) gab med. pract. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (*im Folgenden: RAD*) am 5. Dezember 2016 eine erste Stellungnahme ab (*act.* 51). Daraufhin erhielt der Versicherte am 16. Dezember 2016 Versicherungsleistungen in Form von Beratung und Unterstützung bei der beruflichen Integration (*act.* 53, 58, 72, 73).

**B.b** Am 7. März 2017 gingen bei der IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ (erneut) E.\_\_\_\_\_ -Akten ein (act. 65.1 und 65.2 bis 65.101). Nachdem die E.\_\_\_\_\_ mit Datum vom 6. März 2017 die Versicherungsleistungen betreffend das Unfallereignis vom 28. Mai 2016 eingestellt hatte (act. 65.2 S. 1 bis 3), nahm med. pract. F.\_\_\_\_\_ vom RAD in Kenntnis weiterer medizinischer Unterlagen (act. 68) am 16. Mai 2017 erneut Stellung (act. 70). In der Folge übermittelte die IVSTA der IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ am 3. Juli 2017 Kopien des Rentenbescheids und des Formulars E 205 DE vom 19. Juni 2017 sowie die von der deutschen Rentenversicherung erhaltenen ärztlichen Unterlagen (act. 71). Nach Vorliegen des Abschlussberichts betreffend die Unterstützung im Hinblick auf den Arbeitsplatzverlust vom 5. September 2017 (act. 75) erliess die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ am 7. September 2017 einen Vorbescheid, mit welchem dem Versicherten der Abschluss der beruflichen Massnahmen in Aussicht gestellt wurde (act. 77). Gleichentags verlangte die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ bei Dr. med. G.\_\_\_\_\_ einen Verlaufsbericht für die Zeit ab 11. Oktober 2016 (act. 78), bei der D.\_\_\_\_\_ deren Akten (act. 79) sowie beim Versicherten weitere Angaben im Zusammenhang mit seinen medizinischen Behandlungen (act. 80). Nach Eingang des Dossiers der D.\_\_\_\_\_ in Kopie (act. 81) und der vom Versicherten verlangten Angaben (act. 82) sowie weiterer medizinischer Berichte (act. 85 und 86) erliess die IVSTA am 7. November 2017 eine Verfügung, mit welcher die beruflichen Massnahmen abgeschlossen wurden; betreffend Rente wurde dem Versicherten eine separate Verfügung in Aussicht gestellt (act. 90). Dieser Entscheid vom 7. November 2017 erwuchs – soweit aus den vorliegenden Akten ersichtlich – ebenfalls unangefochten in Rechtskraft.

**B.c** Mit Datum vom 18. Januar 2018 forderte die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ bei der D.\_\_\_\_\_ erneut deren Akten an (act. 93). Nachdem sie am 14. Februar 2018 beim RAD um die Beantwortung von mehreren Fragen ersucht hatte (act. 94) und gleichentags die Akten des Krankenversicherers eingegangen waren (act. 95), gab Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom RAD am 19. Februar 2018 die verlangte Stellungnahme ab (act. 97). In der Folge erliess die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ am 10. April 2018 einen Vorbescheid, mit welchem sie den Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 13 % über die Verneinung des Anspruchs auf Rentenleistungen informierte (act. 98). Nach Abschluss des Vorbescheidverfahrens (act. 98 bis 106) erliess die IVSTA am 26. Juli 2018 eine dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügung (act. 108 und Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden*: B-act.] 1 Beilage 2).

**C.**

**C.a** Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Andreas Clavadetscher, beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 13. September 2018 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 26. Juli 2018 sei aufzuheben und die Sache sei an die Vorinstanz zwecks weiterer gesundheitlicher Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung (mindestens halbe IV-Rente) zurückzuweisen (B-act. 1).

Zur Begründung wurde in materieller Hinsicht zusammengefasst ausgeführt, während die Vorinstanz von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgehe, halte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, in seinem Bericht vom 8. September 2018 fest, anzustreben sei eine Wechseltätigkeit von vier Stunden täglich bei erhöhtem Pausenbedarf und selbstständiger Pauseneinteilung etc. Bereits im Attest vom 27. Juni 2017 habe dieser Orthopäde festgehalten, das damalige Leistungsbild umfasse eine vierstündige Wechselbelastung bei erhöhtem Pausenbedarf mit Verzicht auf Heben und Tragen mittlerer Lasten etc. Mit ärztlichem Attest vom 5. September 2018 habe Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, festgehalten, der Versicherte sei bei ihr seit Anfang 2014 in regelmässiger hausärztlicher Behandlung und könne nicht mehr auf einer Baustelle arbeiten. Im Bericht vom 6. Juli 2018 habe Dr. med. J.\_\_\_\_\_ als Diagnosen eine zunehmende Belastungsdispnoe, ein mittelschweres Schlafapnoesyndrom, eine Refluxerkrankung sowie eine arterielle Hypertonie festgehalten und eine nochmalige kardiale Evaluation empfohlen. Der Beschwerdeführer habe am "Schonarbeitsplatz" wegen seiner Schmerzen nicht einmal die vorgesehene halbe Leistung am halben Tag erbringen können. Die vom RAD bzw. der Vorinstanz angenommene Arbeitsfähigkeit in vollem Pensum an wechselbelastender Arbeitsstelle erachte der Beschwerdeführer als bei weitem nicht zumutbar angesichts seiner Bemühungen am "Schonarbeitsplatz", welche letztlich gescheitert seien. Angesichts der divergierenden medizinischen Einschätzungen sei eine gutachterliche Überprüfung des Gesundheitszustands unerlässlich.

**C.b** Mit Zwischenverfügung vom 20. September 2018 wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Nichteintreten auf die Beschwerde) aufgefordert, innert Frist einen Kostenvorschuss von Fr. 800.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (B-act. 2 und 3); dieser Aufforderung kam der Beschwerdeführer nach (B-act. 4).

**C.c** In ihrer Vernehmlassung vom 7. Dezember 2018 verwies die Vorinstanz auf die (undatierte) Stellungnahme der IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ und beantragte die Abweisung der Beschwerde (B-act. 8).

Die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ beantragte vernehmlassungsweise ebenfalls die Abweisung der Beschwerde und führte aus, sie verweise auf die Erläuterungen und Begründungen in der Verfügung (recte: Verfügungsentwurf) vom 11. Juli 2018 sowie auf die entsprechenden Akten und habe den erwähnten Ausführungen nichts beizufügen.

**C.d** Mit prozessleitender Verfügung vom 13. Dezember 2018 wies die Instruktionsrichterin die Parteien darauf hin, dass ohne Eingang einer Stellungnahme des Beschwerdeführers innert Frist der Schriftenwechsel als abgeschlossen gelte; weitere Instruktionsmassnahmen blieben vorbehalten (B-act. 9).

**C.e** In seiner Eingabe vom 28. Januar 2019 liess der Beschwerdeführer einen radiologischen Bericht vom 8. November 2018 nachreichen und ausführen, gestützt darauf und auf die bisherigen Akten ersuche er um Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zwecks Anordnung einer umfassenden Begutachtung. Weiter liess er darauf hinweisen, dass zwischenzeitlich eine Begutachtung stattgefunden habe, über deren Ergebnis er noch keinen Bericht habe, und er beantrage die Einholung des entsprechenden Gutachtens (B-act. 10). Nach einer am 31. Januar 2019 seitens des Beschwerdeführers erfolgten Klarstellung (B-act. 11) wurde der Vorinstanz mit prozessleitender Verfügung vom 28. Februar 2019 Gelegenheit zur Einreichung einer Duplik gegeben (B-act. 12).

**C.f** In ihrer Duplik vom 2. Mai 2019 verwies die Vorinstanz auf die Stellungnahme der IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ vom 29. April 2019; im Rahmen dieser wurde auf eine weitere Vernehmlassung verzichtet und an den bisherigen Ausführungen in der Verfügung vom 26. Juli 2018 festgehalten (B-act. 15).

**C.g** Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Mai 2019 schloss die Instruktionsrichterin den Schriftenwechsel ab (B-act. 16).

**C.h** Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften und Beweismittel der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

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

### **1.**

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

**1.1** Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG; SR 831.20) sowie Art. 40 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

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

**1.3** Als direkter Adressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung vom 26. Juli 2018 (B-act. 1 Beilage 2) berührt und kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (B-act. 4), einzutreten.

**1.4** Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die

Verfügung vom 26. Juli 2018, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

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

## **2.**

**2.1** 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).

**2.2** 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 26. Juli 2018 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

**2.3** Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG]

883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet (act. 35), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist.

**2.4** 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).

**2.5** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1). Dies trifft auf den Beschwerdeführer zu.

**2.6** 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). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

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).

### **3.**

Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 26. Juli 2018 betreffend den Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit insbesondere auf die RAD-Berichte von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 19. Februar (act. 97) und 4. Juni 2018 (act. 106) sowie von med. pract. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 5. Dezember 2016 (act. 51) und 16. Mai 2017 (act. 70). Diese ärztlichen Dokumente sind im Folgenden – nebst weiteren – zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen. Anhand dieser medizinischen Akten ist zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend erstellt ist.

### **3.1**

**3.1.1** Med. pract. F.\_\_\_\_\_ führte am 5. Dezember 2016 zusammengefasst aus, der Versicherte sei gelernter Maurer. Mit den vorliegenden medizinischen Berichten und Diagnosen seien Einschränkungen für diese Tätigkeiten nachvollziehbar. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 % mit einer Leistungseinschränkung von 10 % am aktuellen Schonarbeitsplatz sei (noch) nachvollziehbar. In gut angepassten Tätigkeiten sei jedoch zumindest von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 bis 100 % auszugehen, da neben den orthopädischen Einschränkungen keine wesentlichen sonstigen objektiven Funktionseinschränkungen ausgewiesen seien. Weder kardiologisch noch pneumologisch lägen Diagnosen mit objektiven Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten vor. Das zumutbare Tätigkeitsprofil sei weitgehend identisch mit dem von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Schreiben vom 10. Oktober 2016 beschriebenen. Formal invalidenversicherungsmedizinisch handle es sich dabei um wechselbelastende leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten ohne repetitive Zwangshaltungen der Wirbelsäule. Die zur Diskussion stehende Reduktion des Arbeitspensums auf 40 % sei arbeits- und versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbar (act. 51).

**3.1.2** In seiner Stellungnahme vom 16. Mai 2017 berichtete med. pract. F. \_\_\_\_\_, im Austrittsbericht der K. \_\_\_\_\_-Klinik vom 2. Mai 2017 seien die Orthopäden im Wesentlichen zur gleichen Beurteilung gekommen wie der RAD im Dezember 2016, nämlich dass angepasste Tätigkeiten vollschichtig zumutbar seien. Aus Sicht des RAD sei diese Beurteilung arbeits- und versicherungsmedizinisch nachvollziehbar und korrekt. Eine grundsätzliche Neuurteilung der gesundheitlichen Situation sei nicht notwendig. Im Wesentlichen gelte unverändert die RAD-Stellungnahme vom 5. Dezember 2016. Zusammenfassend sei die Tätigkeit als Maurer nicht mehr zumutbar. Alle angepassten Tätigkeiten seien vollschichtig zumutbar. Ein präzises zumutbares angepasstes Tätigkeitsprofil sei im Austrittsbericht der K. \_\_\_\_\_-Klinik vom 2. Mai 2017 angegeben worden. Mit den Ausführungen im Erstbericht Eingliederungsberatung vom 11. Januar 2017 müsse nach Ansicht des RAD angenommen werden, dass sich der Versicherte subjektiv bereits stark auf ein ihm maximal mögliches Pensum von 50 % auch in angepassten Tätigkeiten fixiert habe (act. 70).

**3.1.3** In seinem Bericht vom 19. Februar 2018 listete Dr. med. H. \_\_\_\_\_ zahlreiche medizinische Dokumente auf und führte zusammengefasst aus, gemäss Abhilfebescheid des Landratsamtes L. \_\_\_\_\_ sei der seit dem 2. November 2015 bestehende Grad der Behinderung von 30 % mit Wirkung ab 31. August 2016 auf 50 % erhöht worden. Eine Rentenzusprache erfolge auch in Deutschland nicht innert der nächsten zehn Jahre. Den Schreiben von Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, seien mit Ausnahme des BMI, des Blutdrucks und eines Blutzuckerwerts weder genaue Befunde noch Diagnosen zu entnehmen. In Kenntnis der multiplen ärztlichen Befundberichte von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, der Computertomographie des Thorax und den ärztlichen Befundberichten von Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Kardiologie, sollte Dr. med. M. \_\_\_\_\_ das kardiovaskuläre Risikoprofil zwingend auf ein Minimum reduzieren. Gleichzeitig sollte er nicht mehr für Beurteilungen auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet bemüht werden. "Starke Komplikationen mit Entzündung und Wasseransammlung" seien ebenso wenig dokumentiert wie "zu wenig Gelenkmasse in den Knien". Ohne grundlegende Befundänderung zur Voruntersuchung sei die "bekannte links mediolaterale Protrusion in LWK 4/5 [... ohne] Nachweis einer Spinalkanalstenose" aus dem MRI der LWS vom 10. Mai 2017 bei fehlenden höhergradigen foraminalen oder rezessalen Engen und jegliche radikuläre Kompression als strukturelles Phänomen ohne funktionelle Signifikanz zu klassifizieren. Ohne Angabe eines objektivierbaren pathologischen Befundes stellten ausschliesslich bildtechnisch zur

Darstellung kommende Veränderungen oder altersphysiologische Modifikationen keine Behinderung dar. Die Beurteilung von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 8. Mai 2017 habe allenfalls noch anekdotische Evidenz. In der angestammten Tätigkeit als Maurer bestehe seit dem 31. August 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit habe vom 31. August 2015 bis Ende April 2016 (sechs Monate nach der Operation vom 3. November 2015) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Im Anschluss daran sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, unterbrochen durch die nicht dislocierte Fraktur an der Basis des Grosszehengrundgliedes links mit einer maximal vierwöchigen 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 28. Mai 2016 bis Ende Juni 2016. Nach der Metallentfernung aus dem rechten Unterschenkel am 2. Februar 2017 sei von einer zweiwöchigen 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Es bestünden keine unausgeschöpften Behandlungsmöglichkeiten, die die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person in absehbarer Zeit wesentlich zu steigern vermöchten. Die RAD-Stellungnahmen vom 5. Dezember 2016 und 16. Mai 2017 hätten nichts an Aktualität eingebüsst (act. 97).

**3.1.4** Nach Auflistung und Würdigung zahlreicher medizinischer Dokumente hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2018 fest, darin liessen sich weder Widersprüche noch ein instabiler Gesundheitszustand erkennen. Die medizinischen Abklärungen seien lückenlos und vollständig (act. 106).

**3.1.5** Im Bericht vom 25. September 2015 diagnostizierte Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie, eine Belastungsdyspnoe/bekannte bronchiale Hyperreagibilität, eine mögliche Schlafapnoe und weiterhin keine exogen-allergischen Sensibilisierungen. Weiter erwähnte er, lungenfunktionell liege eine leichte Besserung der Parameter vor. Die kardiologische Diagnostik stehe aktuell im Vordergrund (act. 95 S. 15).

**3.1.6** Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Kardiologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. September 2015 insbesondere eine Belastungsdyspnoe und eine arterielle Hypertonie und führte weiter aus, er könne die Belastungsdyspnoe kardial momentan nicht erklären, es bestünden Hinweise auf eine Hypertonie (act. 95 S. 16).

**3.1.7** Gemäss Operationsbericht vom 3. November 2015 wurde an diesem Tag beim Versicherten eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks durchgeführt (act. 95 S. 27).

**3.1.8** Am 27. November 2015 berichtete Dr. med. J. \_\_\_\_\_ zusätzlich von einem mittelschweren Schlafapnoe-Syndrom und wies auf die vereinbarte polysomnographische Untersuchung im Schlaflabor hin (act. 95 S. 31; vgl. auch S. 50, S. 59 und 60).

**3.1.9** In seinem Bericht vom 27. Dezember 2015 stellte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, folgende Diagnosen: "Z. n. Operation varisierende Tibiakopfumstellungsosteotomie bei Varusgonarthrose re. Spondylolisthesis im Segment L4/5 bei Ventralposition von L4 um L5 um ca. 2 bis 3mm und einem bds. deutlich entzündlichem Reizzustand der Facettengelenke. Bursitis trochanterica li.". Weiter erwähnte er, die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sollte sechs Monate postoperativ zu 100 % wiedererlangt werden. Krankheitsfremde Faktoren lägen keine vor (act. 95 S. 33 und 34). Diese Angaben bestätigte er in einem weiteren Bericht vom 26. März 2016 (act. 95 S. 53 und 54).

**3.1.10** Die Allgemeinmedizinerin Dr. med. I. \_\_\_\_\_ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 4. April 2016 einen "Upside-down-Magen", Knieschmerzen, eine Belastungsdyspnoe, eine Gastritis, ein akutes LWS-Syndrom, einen Fersensporn, eine Lumboischialgie, eine Chondropathie des Knies, eine Spondylolisthesis, eine Bandscheibenprotrusion, einen Harnwegsinfekt sowie Fieber. Weiter war sie der Auffassung, es bestehe für die Tätigkeit als Baufacharbeiter bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Als Magaziner bestehe in vier Wochen eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Zumutbar seien Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne Treppensteigen. Die Tätigkeiten sollten im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen erfolgen (act. 95 S. 55 und 56).

**3.1.11** Im vorläufigen Entlassungsbericht des Kreiskrankenhauses O. \_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2016 wurde eine Prellung/Quetschung des linken Beins, eine Schürfung am Unterschenkel links sowie eine Basisfraktur proximale Phalanx D1 am linken Fuss diagnostiziert sowie der Hergang des Unfallereignisses vom 28. Mai 2016 geschildert (act. 65.42).

**3.1.12** Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, führte in seinem Bericht vom 12. Juni 2016 zur Arbeitsfähigkeit aus, nach verantwortbarem Abschluss der unfallkausalen Symptomatik lasse sich die Rückkehr in die 50%ige Arbeitsfähigkeit erlauben. Das Tätigkeitsfeld solle dasselbe sein als Magaziner. Wann ein Anstieg der aktuellen Arbeitsfähigkeit möglich sein werde, hänge von der Umsetzung und Ansprechbarkeit

der genannten Massnahmen ab. Dies müsse in gegenseitigem Einverständnis mit Dr. med. G.\_\_\_\_\_ erfolgen (act. 95 S. 71 bis 73).

**3.1.13** In seinem Bericht vom 10. Oktober 2016 erwähnte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ den Unfall vom 28. Mai 2016; der Versicherte sei zwischen der Autotüre und dem Radkasten eines Anhängers eingeklemmt worden. Die unfallkausalen Beeinträchtigungen würden voraussichtlich bis Ende des Jahres 2016 vollständig abgeheilt sein. Aus orthopädischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit in einem zeitlichen Pensum von 80 % mit einer 10%igen Leistungsminderung aufgrund vermehrten Pausenbedarfs und der Schmerzbelastung zumutbar (act. 95 S. 87 bis 89).

**3.1.14** Am 13. Januar 2017 vertrat Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die Auffassung, dass aus orthopädischer Sicht die bisherige Tätigkeit in einem zeitlichen Pensum von 50 % zuzumuten sei (act. 95 S. 108 und 109).

**3.1.15** Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte in ihrem kreisärztlichen Bericht vom 22. Februar 2017 einen Status nach Quetschtrauma Ober- und Unterschenkel, undislozierte Basisfraktur proximale Phalanx D1 Fuss links nach Verkehrsunfall als Fussgänger am 28. Mai 2016. Weiter erwähnte sie, die Beschwerden seien bezüglich des Quetschtraumas des linken Beines vollständig regredient. Von dieser Seite sei die Behandlung abgeschlossen. Es bestehe bezogen auf die Unfallfolgen eine volle Arbeitsfähigkeit (act. 65.9).

**3.1.16** Im Entlassungsbericht der K. \_\_\_\_\_-Klinik vom 20. April 2017 wurden unter anderem folgende Diagnosen gestellt: Mässige Funktionsminderung bei Gonarthrose rechts, 11/2015 Umstellungsosteotomie Knie rechts, 2/2017 Metallentfernung re. Kniegelenk (ICD-10: M17.1), Spondylolisthesis L4/5 mit Spinalkanalstenose (ICD-10: M48.06), BS-Protrusion L5/S1 (ICD-10: M51.2), arterielle Hypertonie (ICD-10: I10.90). Betreffend die Arbeits- und Leistungsfähigkeit wurde weiter berichtet, unter Berücksichtigung der orthopädischen und internistischen Diagnosen könne der Versicherte eine vollschichtige, mittelschwere körperliche Tätigkeit im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen ohne Ersteigen von steilen Leitern/Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne Gehen auf unebenem Boden, ohne tiefe Hocke, ohne entscheidende Vibrationsbelastungen und ohne andauernde, WS-belastende Zwangshaltungen ausüben. Die letzte berufliche Tätigkeit, so wie sie der Versicherte beschreibe, könne mit diesem

Leistungsbild nicht mehr fortgeführt werden. Eine innerbetriebliche Umsetzung sei indiziert (act. 95 S. 129 bis 136).

**3.1.17** Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, führte in seinem Bericht vom 8. Mai 2017 im Zusammenhang mit dem Entlassungsbericht der K.\_\_\_\_\_-Klinik vom 20. April 2017 aus, nach Ausschluss sämtlicher aufgezählter Aktivitäten resultiere keine verwertbare Tätigkeit. Auch ohne diese sei keine mittelschwere körperliche Tätigkeit möglich. Wenn der Austrittsbericht unter Punkt 2.3 auf diese Auflagen hinweise, so verstehe er, Dr. med. M.\_\_\_\_\_, in demselben Bericht unter Punkt 4.4 dokumentierte Ignoranz. Grundsätzlich gehe er von einer adäquaten Compliance seitens des Versicherten aus. Nach Durchführung eines maximal dreimonatigen strengen Ernährungs- und Bewegungsprogrammes müsse die Aufnahme der angepassten Tätigkeit im Bereich Schonarbeitsplatz aufgenommen werden, wobei die dann möglichen Belastungsgrenzen noch zu definieren seien (act. 95 S. 146 bis 148; vgl. auch Schreiben an die Dres. med. I.\_\_\_\_\_, und G.\_\_\_\_\_ vom 8. Mai 2017 [act. 74 S. 4]).

**3.1.18** Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, führte in seinem ärztlichen Gutachten für die gesetzliche deutsche Rentenversicherung vom 2. Juni 2017 aus, der Entlassungsbericht der K.\_\_\_\_\_-Klinik sei ausführlich, weitgehend schlüssig und nachvollziehbar, sodass der darin gegebenen Leistungsbeurteilung und der Empfehlung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gefolgt werde. In der früheren Tätigkeit als Bauarbeiter bestehe ein unter dreistündiges Leistungsvermögen. Eine dem positiven und negativen Leistungsbild entsprechende Tätigkeit könne täglich während sechs Stunden und mehr ausgeübt werden (act. 71 S. 8 bis 12; vgl. auch S. 13 bis 23).

**3.1.19** Im Bericht der Klinik für Neurochirurgie vom 7. August 2017 wurde ausgeführt, die Kernspintomographien von Anfang 2016, Oktober 2016 und Mai 2017 zeigten eine allenfalls mässig degenerierte Lendenwirbelsäule mit gut erhaltenen Bandscheiben. Es finde sich keine umschriebene Stenosierung des Wirbelkanals oder Kompression der austretenden Nervenwurzeln in den Foramina intervertebralia. Recessusstenosen seien ebenfalls nicht vorhanden, jedoch eine deutliche Degeneration der Facetengelenke, betont in Höhe LW 4/5 linksbetont. Die Funktionsaufnahmen zeigten keine Überbeweglichkeit der Lendenwirbelsäule. Auch indirekte Hinweise auf eine instabile Wirbelsäule seien nicht erkennbar. Bei der lokalen Untersuchung finde sich kein umschriebener Durchschmerz. Eine operative Behandlung sei nicht angezeigt. Bildgebend wäre vor allem das

Facettengelenk LW 4/5 links auffällig. Man wisse jedoch, dass dies nicht unbedingt mit den tatsächlichen Beschwerden des Versicherten korreliere (act. 85).

**3.1.20** Im Verlaufsbericht (für die Zeit ab 11. Oktober 2016) vom 8. Oktober 2017 führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zusammengefasst aus, die Beschwerden seien weitestgehend unverändert. Zur Voruntersuchung liege keine grundlegende Befundänderung vor (MRT LWS vom 10. Mai 2017). Betreffend Diagnosen und aktuelle somatische Befunde existierten keine resp. keine wesentlichen Änderungen zum Bericht vom 11. Oktober 2016 (act. 78 und 86).

**3.1.21** In ihrem Bericht vom 19. Oktober 2017 informierte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, dahingehend, dass die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar sei. Im Zusammenhang mit leidensadaptierten Tätigkeiten erachtete sie bloss wechselbelastende Tätigkeiten bei einer Gewichtslimite von 10 kg als teilzeitlich zumutbar (act. 92).

**3.2** Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.6 hiervor), kann auf Stellungnahmen von Fachärztinnen und –ärzten des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass deren Beurteilungen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (resp. an ein Gutachten) genügen und zudem die beigezogenen Ärztinnen und Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Den Berichten im Sinne von Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG von med. pract. F. \_\_\_\_\_ und Dr. med. H. \_\_\_\_\_ könnte – obwohl solche ohne eigene Untersuchung resp. Abklärung vor Ort verfasst wurden – volle Beweiskraft zukommen, wenn die übrigen, von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien erfüllt sind. RAD-Stellungnahmen können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. bspw. Urteil des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1 mit Hinweisen). Da dies vorliegend jedoch nur beschränkt der Fall ist resp. gewisse Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen von med. pract. F. \_\_\_\_\_ und Dr. med. H. \_\_\_\_\_ bestehen, kann auf ergänzende medizinische Abklärungen nicht verzichtet werden (BGE 142 V 58 E. 5.1 f. mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis), wie im Folgenden zu zeigen ist.

**3.2.1** Die Unfallversicherung ist – im Gegensatz zur Invalidenversicherung – nicht als finale, sondern als kausale Versicherung konzipiert. Bezogen auf die reinen Folgen aus dem Unfallereignis vom 28. Mai 2016 mit anschliessender Hospitalisation im Kreiskrankenhaus O. \_\_\_\_\_ (act. 65.42) ist der Beschwerdeführer gemäss des überzeugenden und schlüssigen, kreisärztlichen Berichts von Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 22. Februar 2017 zwar voll arbeits- und leistungsfähig.

**3.2.2** Weiter ist festzuhalten, dass sich gemäss dem Bericht der Klinik für Neurochirurgie vom 7. August 2017 (act. 85) beim Beschwerdeführer eine (allenfalls) mässig degenerierte, nicht überbewegliche Lendenwirbelsäule mit gut erhaltenen Bandscheiben gezeigt hat und keine Recessusstenosen sowie Stenosierung des Wirbelkanals oder Kompression der austretenden Nervenwurzeln in den Foramina intervertebralia gefunden werden konnten. Angaben zu den allenfalls daraus resultierenden Einschränkungen in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit lassen sich diesem Bericht jedoch nicht entnehmen, was exemplarisch auch für die Berichte des Pneumologen Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 25. September und 27. November 2015 (act. 95 S. 15 und 31) sowie den Bericht von Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Kardiologie, vom 29. Februar 2015 (act. 95 S. 16) gilt.

**3.2.3** Betreffend die Zumutbarkeit in der angestammten Tätigkeit als Maurer (act. 9) vertraten med. pract. F. \_\_\_\_\_ und Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die Auffassung, dass dem Beschwerdeführer diese Arbeit seit dem 31. August 2015 nicht mehr zumutbar sei (act. 70, 97 und 106). Diese Beurteilungen stehen einerseits zu denjenigen von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in deren Berichten vom 4. April 2016 (act. 95 S. 55 und 56) und 19. Oktober 2017 (act. 92) in Übereinstimmung. Andererseits stehen sie mit der Auffassung von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in dessen Berichten vom 27. Dezember 2015 (act. 95 S. 33 und 34) und 26. März 2016 (act. 95 S. 53 und 54) insofern in Widerspruch, als Dr. med. G. \_\_\_\_\_ davon ausgegangen war, dass der Beschwerdeführer die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit – somit die angestammte Arbeit als Maurer – sechs Monate postoperativ – demnach mit Blick auf das Operationsdatum 3. November 2015 (act. 95 S. 27) ab Mai 2016 – wiedererlangt habe. An dieser zeitlich vor Beginn der Aufnahme der Tätigkeit an einem Schonarbeitsplatz am 18. April 2016 (act. 95 S. 58) abgegebenen Beurteilung hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ auch in der Folge in seinen Berichten vom 10. Oktober 2016 (act. 95 S. 87 bis 89) und 8. Oktober 2017 (act. 78 und 86) fest, obwohl er zwischenzeitlich im Bericht vom

13. Januar 2017 ohne Angabe von Gründen die Auffassung vertrat, dass die bisherige Tätigkeit noch in einem zeitlichen Pensum von nur noch 50 % zuzumuten sei (act. 95 S. 108 und 109). Hinzu kommt schliesslich, dass aufgrund des Gutachtens von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 2. Juni 2017 bzw. der Aussage, wonach in der Tätigkeit als Baufacharbeiter ein unter dreistündiges Leistungsvermögen bestehe (act. 71 S. 8 bis 12), ebenfalls nicht hinreichend geklärt ist, ab welchem Zeitpunkt und in welchem zeitlichen Umfang genau diese Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist.

**3.2.4** Mit Ausnahme der Zeiträume von Ende August 2015 bis Ende April 2016, vom 28. Mai bis Ende Juni 2016 und vom 2. bis 16. Februar 2017, in welchen der Beschwerdeführer in einer angepassten Verweisungstätigkeit zu 100 % leistungsunfähig gewesen sei, vertrat Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die Auffassung, dass der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit voll leistungsfähig sei. Zwar steht diese Auffassung in Übereinstimmung mit den Ausführungen von med. pract. F. \_\_\_\_\_ in dessen Stellungnahme vom 16. Mai 2017 (act. 70) und mit dem Entlassungsbericht der K. \_\_\_\_\_-Klinik vom 20. April 2017 (act. 95 S. 129 bis 136). Obwohl auch der Gutachter Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ diesen Entlassungsbericht als weitgehend schlüssig und nachvollziehbar qualifiziert hatte, steht mit Blick auf seine weiteren Ausführungen, wonach eine dem positiven und negativen Leistungsbild entsprechende Tätigkeit täglich während sechs Stunden und mehr ausgeübt werden könne, letztlich der genaue Umfang einer möglichen leidensadaptierten Verweisungstätigkeit in Prozenten ebenfalls nicht fest.

**3.2.5** Weiter kommt hinzu, dass Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 4. April 2016 die Tätigkeit als Magaziner bloss als zu 50 % zumutbar erachtet hatte (act. 95 S. 55 und 56). In ihrem späteren Bericht vom 19. Oktober 2017 erachtete sie einzig wechselbelastende Tätigkeiten bei einer Gewichtslimite von 10 kg als teilzeitlich zumutbar (act. 92). Obwohl sich diese Ärztin in diesem Bericht nicht näher zum zeitlichen Ausmass, zum Rendement und zu allfälligen zusätzlichen Einschränkungen in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit geäussert hatte, stehen ihre Ausführungen dennoch in bisher ungeklärtem Widerspruch insbesondere zu denjenigen von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, med. pract. F. \_\_\_\_\_ und der K. \_\_\_\_\_-Klinik. Hinzu kommt weiter, dass auch Dr. med. M. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 12. Juni 2016 bloss noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als Magaziner resp. eine andere Arbeit, die dem Tätigkeitsfeld eines Magaziners entspricht, postuliert hat (act. 95 S. 71 bis 73). Schliesslich vertrat er in seinem Bericht vom 8. Mai 2017 die Meinung, dass nach Ausschluss

sämtlicher im Entlassungsbericht der K. \_\_\_\_\_-Klinik aufgezählten Aktivitäten keine verwertbare Tätigkeit resultiere und die Belastungsgrenzen erst im Anschluss an ein dreimonatiges strenges Ernährungs- und Bewegungsprogramms und der Aufnahme der angepassten Tätigkeit im Bereich Schonarbeitsplatz zu definieren seien (act. 95 S. 146 bis 148). Unter diesen Aspekten kommt die Vorinstanz resp. die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ nicht umhin, auch bezüglich einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit weitere Abklärungen in die Wege zu leiten.

**3.2.6** Betreffend die Stellungnahmen von med. pract. F. \_\_\_\_\_ ergibt sich weiter was folgt: Während er in seiner Stellungnahme vom 5. Dezember 2016 (act. 51) noch die Auffassung vertrat, in gut angepassten Tätigkeiten sei von einer zumutbaren Leistungsfähigkeit von 80 bis 100 % auszugehen, vertrat med. pract. F. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Mai 2017 die Meinung, alle angepassten Tätigkeiten seien vollschichtig zumutbar. Eine explizite Erklärung und Begründung für die spätere Ausserachtlassung der reduzierten Leistungsfähigkeit lässt sich der Stellungnahme vom Mai 2017 jedoch nicht entnehmen.

**3.2.7** Ergänzend zu erwähnen ist, dass zahlreiche Berichte und Stellungnahmen aus der Zeit vor Mitte 2017 datieren (vgl. E. 3.1.1 und 3.1.2 sowie E. 3.2.1 bis 3.2.14) und es ihnen somit mit Blick auf den massgeblichen Verfügungszeitpunkt (26. Juli 2018) ohnehin an Aktualität fehlt.

**3.3** Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt nicht rechtsgenügend erstellt ist, weshalb sich die Fragen, ob der Beschwerdeführer ab dem 31. August 2015 während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen war (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG) und er nach Ablauf des Wartejahres (vgl. E. 3.5.2 hiervor) zu mindestens 40 % invalid war resp. ist (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. c IVG), nicht rechtsgenügend beantworten lassen. Aus diesem Grund kann auf weitere medizinische Abklärungen nicht verzichtet werden.

#### **4.**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ergibt sich zusammenfassend, dass sich aufgrund der vorliegenden Aktenlage der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maurer als auch in leidensadaptierten Verweisungstätigkeiten nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen lässt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum

Ganzen auch E. 2.6 hervor). Die Stellungnahmen von med. pract. F. \_\_\_\_\_ und Dr. med. H. \_\_\_\_\_ sowie weitere aktenkundige medizinische Berichte vermögen keine aktuellen und abschliessenden Beurteilungsgrundlagen zu bilden, sondern geben Anlass zu weitergehenden Abklärungen. Somit wurde im vorliegend zu beurteilenden Beschwerdeverfahren der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Eine Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur weiteren medizinischen Abklärung in der Schweiz ist – obwohl retrospektive Beurteilungen der Arbeits- und Leistungsunfähigkeit 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) – unter den gegebenen Umständen notwendig und möglich, zumal eine Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2). Mit Blick auf die beim Beschwerdeführer vorhandenen Beschwerden ist die neue umfassende medizinische Begutachtung interdisziplinär durchzuführen (Urteil des BGer 8C\_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweis auf 8C\_321/2007 vom 6. Mai 2008, E. 6.3), wobei die Gutachtensstelle nebst den Fachdisziplinen Innere Medizin/Kardiologie, Pneumologie und Orthopädie allfällige weitere Disziplinen selber zu bestimmen hat (vgl. hierzu BGE 139 V 349 E. 3.3). Im Rahmen dieser notwendigen medizinischen Begutachtung sind sämtliche bisher verfassten ärztlichen Berichte – auch diejenigen, die im vorliegenden Beschwerdeverfahren mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt vom 26. Juli 2018 unberücksichtigt zu bleiben haben (B-act. 1 Beilagen 4 und 7; vgl. hierzu BGE 130 V 138 E. 2.1) – von den Expertinnen und/oder Experten zu würdigen. Diese haben sich ebenfalls rechtsgenügend zu den vorliegenden Diagnosen sowie zum Beginn und zum Umfang der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Maurer und in leidensangepassten Verweisungstätigkeiten zu äussern.

## **5.**

Nach neuer Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und abzuklären, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu etwa Urteil des BGer 9C\_921/2009

vom 22. Juni 2010, E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (vgl. hierzu Urteile des BGer 9C\_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C\_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie – im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) – nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (vgl. Urteil des BVGer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen).

## **6.**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 26. Juli 2018 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung von weiteren umfassenden medizinischen Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

## **7.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**7.1** 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. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**7.2** Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen

und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- und für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.-]) gerechtfertigt.

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

#### **1.**

Die Beschwerde wird in dem Sinn gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 26. Juli 2018 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgten ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

#### **2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- wird diesem nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

#### **3.**

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung Fr. 2'800.- zugesprochen.

#### **4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular "Zahladresse")
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Viktoria Helfenstein

Roger Stalder

### **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 Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: