



Urteil vom 26. August 2021

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Viktoria Helfenstein,
Richter Daniel Stufetti,
Gerichtsschreiberin Yvette Märki.

Parteien

A._____, (Deutschland),
vertreten durch MLaw Melina Tzikas,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, Invalidenrente;
Verfügungen der IVSTA vom 2. Oktober 2019.

Sachverhalt:**A.**

A.a Der am (...) 1958 geborene, deutsche Staatsangehörige A. _____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) ist gelernter Baumaschinist und arbeitete als Grenzgänger vom 1. Januar 2007 bis zum Zeitpunkt eines Arbeitsunfalls am 26. September 2014 als Sicherheitswärter und Gleismonteur bei der B. _____, Bauunternehmung, in (...) angestellt (Akten der Vorinstanz 3 S. 4; 9.4; 19.56; 19.24: Polier im Gleis-, Strassen- und Tiefbau [nachfolgend: act.]). In dieser Periode leistete er Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (act. 6).

A.b Wegen der Folgen eines Baumaschinenfahrunfalls (Vollbremsung während eines Überholmanövers; act. 19.40; 19.52) mit einem Bruch der 10. Rippe und der Wirbelkörper (nachfolgend: WK) L2 bis L4 meldete sich der Beschwerdeführer am 8. Juni 2015 bei der IV-Stelle des Kantons C. _____ (nachfolgend: kantonale IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (act. 3; 8.2; 19.56; 53). Nach einer konservativen Rehabilitation in der Klinik D. _____, D-(...), wurde in der Klinik E. _____, eine Infiltration zur Schmerzdefinition geplant, um danach eine operative Sanierung mit Stabilisierung durchzuführen (act. 19.46; 19.34).

A.c Am 11. September 2015 erlitt der Beschwerdeführer einen Herzinfarkt (act. 19.43). Gleichentags erfolgte aufgrund einer koronaren Herzgefässerkrankung eine Stent-Implantation (act. 19.43; 19.41). In der Folge wurde die geplante Infiltration zwei Male verschoben (act. 19.6, 21.20), bevor die Operation der Wirbelsäule am 24. April 2017 vorgenommen wurde (act. 27.58).

A.d Nachdem die Suva aufgrund dieses Baumaschinenfahrunfalls für die Zeit vom 26. September 2014 bis zum 31. Juli 2018 Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilkosten) erbracht hatte (act. 55), stellte sie diese mit Schreiben vom 29. August 2018 ein, da keine Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei, und schloss den Fall ohne Zusprache einer Rente ab, zumal die verbleibende Beschwerdesymptomatik der Lendenwirbelsäule nicht unfallbedingt, sondern auf vorbestehende degenerative Veränderungen zurückzuführen sei (act. 46). Für die verbliebene Beeinträchtigung wurde mit Verfügung vom 4. September 2018 eine Integritätsentschädigung gesprochen (act. 47.2).

B.

B.a Die zuständige kantonale IV-Stelle führte erwerbliche und medizinische Abklärungen durch und zog die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) bei (act. 20, 21.1, 43-46). Mit Vorbescheid vom 7. März 2019 sprach die Vorinstanz gestützt auf diese Unterlagen dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Dezember 2015 eine ganze IV-Rente und ab 1. April 2018 eine Dreiviertelrente zu (act. 56).

B.b Den dagegen erhobenen Einwand vom 10. April resp. 24. Mai 2019 (act. 57; 60) wies die Vorinstanz mit zwei Verfügungen vom 2. Oktober 2019 ab und bestätigte die Rentengewährung gemäss Vorbescheid (act. 71 S. 3 und S. 11).

C.

C.a Der Beschwerdeführer erhob gegen die Verfügung vom 2. Oktober 2019, welche eine Dreiviertelrente zuspricht (B-act. 1 Beilage 2), mit Eingabe vom 1. November 2019 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, (1) es sei die Verfügung vom 2. Oktober 2019 insoweit aufzuheben, als dass sie ab dem 1. April 2018 den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Invalidenrente verweigert; (2) Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer durchgehend ab 1. Dezember 2015 eine ganze Invalidenrente zu bezahlen; (3) Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ein medizinisches Gutachten einzuholen, unter Einschluss der Fachdisziplin der Orthopädie und Kardiologie. Zur Begründung machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, die Restarbeitsfähigkeit sei nicht verwertbar, zumal der Beschwerdeführer aufgrund des zu beachtenden Belastungsprofils und Alters auf dem Arbeitsmarkt überhaupt keine Arbeitstätigkeiten mehr finde würde. Ferner kämen die in der LSE Tabelle 2014, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, enthaltenen sitzenden Tätigkeiten wegen seines Belastungsprofils nicht in Frage. Eventualiter hätte ein maximaler Leidensabzug von 25% aufgrund der Einschränkung und des Alters gewährt werden sollen. Zur Begründung des Eventualantrages bringt er insbesondere vor, eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit sei in orthopädischer sowie in kardiologischer Hinsicht nur ungenügend abgeklärt worden. Überdies ergebe sich aus den vorhandenen Akten ein chronisches Schmerzsyndrom, was eine eigenständige Diagnose darstellen würde (Akten im Beschwerdeverfahren 1 [nachfolgend: B-act.]).

C.b Der Beschwerdeführer wurde mit Zwischenverfügung vom 11. November 2019 aufgefordert, einen Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.–

bis zum 12. Dezember 2019 zugunsten der Gerichtskasse zu überweisen (B-act. 2). Der einverlangte Kostenvorschuss ging am 2. Dezember 2019 in der Gerichtskasse ein (B-act. 5).

C.c Mit Vernehmlassung vom 24. Februar 2020 beantragte die Vorinstanz unter Verweis auf die Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 20. Februar 2020 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Die kantonale IV-Stelle bejahte in ihrer Stellungnahme unter Hinweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, das auf 50% reduzierte Arbeitspensum und den im UV-Verfahren angebotenen, aber vom Beschwerdeführer abgebrochenen Arbeitsversuch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit (B-act. 10).

C.d Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 26. März 2020 an seinen gestellten Anträgen fest (B-act. 13).

C.e Die Vorinstanz hielt mit Duplik vom 30. Juni 2020 an ihren Anträgen fest (B-act. 17).

C.f Mit Instruktionsverfügung vom 8. Juli 2020 wurde der Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen abgeschlossen (B-act. 18).

D. 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 Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist für die Entgegennahme der Anmeldungen von Grenzgängern sowie Durchführung und Prüfung der entsprechenden Abklärungen die kantonale IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt hat; die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen.

1.3 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

1.4 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

1.5 Da die Beschwerde rechtzeitig und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und auch der vollständige Kostenvorschuss innert der auferlegten Frist geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1 Der Anfechtungsgegenstand in einem Beschwerdeverfahren wird durch die angefochtene Verfügung bestimmt. Davon zu unterscheiden ist der Streitgegenstand. Im Bereich der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist der Streitgegenstand das Rechtsverhältnis, welches – im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes – den aufgrund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Anfechtungs- und Streitgegenstand sind dann identisch, wenn die Verwaltungsverfügung insgesamt angefochten wird (vgl. hierzu BGE 131 V 164 E. 2.1 und 119 Ib 36 E. 1b mit Hinweisen; SVR 2010 BVG Nr. 14 S. 56 E. 4.1).

Vorliegend sind beide Verfügungen vom 2. Oktober 2019 (B-act. 1 Beilage 2, act. 71 S. 11) Streitgegenstand. Der Umstand, dass die Vorinstanz die rückwirkend abgestufte Rente in zwei separaten Verfügungen gleichen Datums eröffnet hat, ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant. Für die gerichtliche Überprüfbarkeit macht es keinen Unterschied, ob die Vorinstanz eine oder mehrere Verfügungen redigiert und eröffnet hat. Materiell liegt nur eine Verfügung vor. Wird nur die Abstufung der Leistung angefochten, wird damit die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2 und E. 2.3 mit Hinweis auf BGE 125 V 417 E. 2d). Vorliegend beschränkt sich der Streitgegenstand damit nicht nur auf die mit der zweiten

Verfügung angeordnete Herabsetzung der ganzen Rente auf eine Dreiviertelrente per 1. April 2018, sondern es wird auch die unbestritten gebliebene Gewährung einer ganzen Rente im Zeitraum vom 1. Dezember 2015 bis zum 31. März 2018 von der gerichtlichen Überprüfungsergebnis erfasst (vgl. Urteil des BVGer C-2364/2017 vom 11. April 2019 E. 2.2).

2.2 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).

2.3 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).

2.4 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz 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).

2.5 In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 2. Oktober 2019) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329 E. 6, 129

V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

2.6 In zeitlicher Hinsicht sind bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften Rente – wie vorliegend – die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. Urteile des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2; 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3 m.H.).

2.6.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 88a IVV). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3).

2.6.2 Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2; vgl. auch BGE 133 V 108). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2).

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden

ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

3.2 Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2.1; 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 mit Hinweisen; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C_236/2009] E. 4.1 und 4.3).

3.3 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Falls die Mindestbeitragsdauer mit schweizerischen Versicherungszeiten nicht erfüllt ist, müssen bei Schweizern und Angehörigen von EU/EFTA-Staaten Beitragszeiten mitberücksichtigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind. Beträgt allerdings die Beitragszeit in der Schweiz we-

niger als ein Jahr, so besteht kein Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente (ULRICH MEYER/ MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 36 N. 4; Art. 6 VO 883/04; vgl. auch Rz. 3003 ff. des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV; KSBIL, gültig ab 4. April 2016, Stand: 1. Januar 2020). Der Beschwerdeführer leistete in der Schweiz Beiträge an die AHV / IV während den Jahren 2007-2014. Er erfüllt damit die dreijährige Mindestbeitragsdauer der schweizerischen Invalidenversicherung.

3.4 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen 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). 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). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Anmeldung zum Leistungsbezug (Art. 29 Abs. 1 IVG). Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

3.5

3.5.1 Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

3.5.2 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 Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

3.5.3 Jedoch gilt in der Beweiswürdigung bei Entscheiden, die sich ausschliesslich auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (vgl. Urteil des BGer vom 12. April 2017 E. 3 mit Verweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7 sowie Urteil 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.2; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/ee sowie UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 Rz. 46).

3.5.4 Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

3.5.5 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt

die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit – Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.).

4.

Vorliegend ist zu prüfen, ob dem Beschwerdeführer zu Recht eine ganze Rente vom 1. Dezember 2015 bis zum 31. März 2018 und ab 1. April 2018 (nur) noch eine Dreiviertelsrente zugesprochen worden ist bzw. die Vorinstanz davon ausgehen durfte, dass ab Ende 2017 eine rentenbeeinflussende Verbesserung eingetreten ist, die ab 1. April 2018 zur Herabsetzung der Rente führte. Hierzu ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere folgende ärztliche Berichte und ein Gutachten aus Deutschland vor:

4.1 Dem Austrittsbericht vom 1. Oktober 2014 des Spitals F._____, in welchem der Beschwerdeführer nach dem Fahr Unfall am 26. September 2014 bis zum 10. Oktober 2014 zur klinischen Überwachung und physiotherapeutisch angeleiteten Mobilisation hospitalisiert war, ist als Diagnose aufgrund der radiologischen Untersuchung folgendes zu entnehmen: Im Bereich WK L2 und L3 eine Deckplattenimpressionsfraktur mit Beteiligung der Hinterkante und im Bereich WK L4 eine stabile Fraktur ohne Hinterkantenbeteiligung sowie eine Fraktur der rechten 10. Rippe (act. 8.2 S. 23, siehe auch 27.19. S. 4). Die radiologische Kontrolle, 6 Tage posttraumatisch, zeige keine weitere Sinterung und keine progrediente Hinterkantenbeteiligung. Die stationäre Behandlung erfolgte konservativ mittels Analgesie und physiotherapeutisch-assistierter Mobilisation und Anlage eines 3-Punkte-Korsetts; auf eine operative Therapie wurde entsprechend verzichtet. Daraufhin wurde der Beschwerdeführer in die stationäre Therapie in der Klinik D._____ überführt (Aufenthalt vom 10. Oktober bis 7. November 2014; act. 8.2 S. 14; 8.2. S. 16).

4.2 Mit Entlassungsbericht vom 7. November 2014 hielt Dr. med. G._____, FA für Orthopädische Unfallchirurgie, verantwortlicher Arzt der

Klinik D. _____, folgendes fest: Der Beschwerdeführer habe angegeben, mässige Schmerzen zu verspüren und bereits vor dem Unfall Wirbelsäulen (WS) -Beschwerden gehabt zu haben, wozu er Kuraufenthalte in Bad Säckingen durchlaufen habe. Er trage ein gut sitzendes 3-Punkt-Stützkorsett, welches er selbstständig an- und ablegen könne. Ferner ergab die radiologische Untersuchung folgendes: Hinterkantenhöhe von L2 34 mm, Vorderkante 23 mm. Fraktur noch nicht sicher konsolidiert; im Bereich der Wirbelkörper L3 ventral/kaudal sowie L4 ventral angedeutete spondylothische Randzacken, ebenso kranial im Bereich der unteren WS (BWK 9 - 11). Im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 9. Oktober 2014 unveränderte Darstellung der LWS anterior - posterior (nachfolgend: a. p.) Bild und im seitlichen Bereich, auch bei dem frakturierten Lendenwirbelkörper (LWK) 2 (diskrete Sinterung im ventralen Bereich nicht sicher auszuschließen).

Nachdem der Beschwerdeführer aufgrund des radiologischen Befundes (aufgehobene Lordose, kyphotischer Knick zwischen L1 und L3 bei frakturiertem 2. LWK mit massiver Höhenminderung und Elongation) bei Prof. Dr. H. _____, Klinik I. _____, zur Klärung der eventuellen Operation-Indikation vorgestellt wurde, sah dieser bei der aktuell relativen Beschwerdefreiheit keine Notwendigkeit für eine operative Intervention. Letztlich beurteilte Dr. med. G. _____ die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in seiner sozialmedizinischen Epikrise im Entlassungsbericht vom 7. November 2014 im Wesentlichen folgendermassen: Er empfehle eine ambulante Physiotherapie auf Rezeptbasis und, nach Ablegen des Korsetts, die Intensivierung der Therapie im Rahmen einer erweiterten ambulanten Physiotherapie mit dem Ziel einer Rumpfstabilisierung und dem Ausbau der Belastbarkeit (Steh-, Geh-, Sitzdauer). Nach weiterer Stabilisierung des Zustandes prognostisch ab dem 2. Quartal 2015 könne die Polier-Tätigkeit (administrativ leitende Tätigkeiten mit Baustellenbegehung und Einweisung der Angestellten) wieder möglich sein. Körperlich schwere Arbeitsanteile seien zu vermeiden. Wegen der Funktionsstörung der Wirbelsäule seien Tätigkeiten wie die schwere körperliche Arbeit, das ständige Stehen oder Sitzen ohne Bewegungspause und überwiegende Zwangshaltungen (gebückt, vorgebeugt stehend) sowie die überwiegende Exposition gegenüber Nässe, Kälte, Zugluft zu vermeiden (act. 8.2 S. 16).

4.3 Dr. med. J. _____, Facharzt für Diagnostische Radiologie, D-(...), hielt in seinem Bericht vom 12. Januar 2015 fest, dass eine Konsolidierung der Wirbelkörperfraktur bei L2 computertomografisch nicht nachzuweisen sei. Ein deutlicher Frakturspalt im Bereich der Wirbelkörpervorderkante,

aber auch im mittleren Anteil des Wirbelkörpers, sei nachweisbar. Die ansonsten erhaltene Hinterkante sei etwas vermehrt sklerosiert und wölbe sich minimal gegen den Spinalkanal vor. Zusätzlich bestehe ein Zustand nach (nachfolgend: Z. n.) älterem Grundplatteneinbruch bei L4. Auffällig seien die erheblich arteriosklerotischen Veränderungen, insbesondere kurz nach Abgang der rechten A. iliaca communis (act. 8.2. S. 11). Dr. med. K. _____ Facharzt für Diagnostische Radiologie, D-(...), stellte in seinem Bericht vom 2. März 2015 zum CT-Befund vom 23. Februar 2015 einen Zustand nach Mehrfragmentfraktur des 2. LWK fest, mit resultierender Keilwirbelbildung und vorwiegend rechtsseitiger Höhenminderung sowie einer Verlängerung der ventrodorsalen Distanz sowie lediglich geringfügige, beginnende knöcherne Konsolidierung im Bereich der kortikalen Strukturen, zentral keine Durchbauung der Fragmente; keine Einengung der Neuroforamina und des Spinalkanals (act. 8.2 S. 10). Im Anschluss an eine erweiterte ambulante Physiotherapie stellte Dr. med. L. _____, Fachärztin für Orthopädie, in ihrem Bericht vom 19. Mai 2015 fest, dass es während der Therapie zu einer Schmerzprogredienz gekommen sei. Die am 23. Februar 2015 durchgeführte Kontroll-CT habe keine ausreichende knöcherne Konsolidierung des 2. LWK ergeben, weshalb nunmehr die Klärung einer Operation-Indikation vorgesehen sei (act. 8.2 S. 1). Der verantwortliche Radiologe der Klinik E. _____, Dr. med. M. _____, konstatierte in seinem CT-Befund vom 10. Juli 2015 eine Fischwirbelbildung des LWK2 mit im mittleren Drittel diskreter Hinterkantenvorwölbung um 5 mm in den Spinalkanal und dadurch eine Spinalkanalstenosierung (act. 19.58). Der Wirbelsäulenchirurg der Klinik E. _____, Dr. med. N. _____, Orthopädische Chirurgie FMH, diagnostizierte am 28. Juli 2015 ein persistierendes invalidisierendes lumbovertebrales Syndrom im Bereich der WK L2-L4 und bei L2 eine Pseudoarthrose nach Beisszangenfraktur. Bis zum Zeitpunkt der Untersuchung habe der Beschwerdeführer ein Rahmenkorsett getragen; dadurch ergebe sich eine kyphotische Grundhaltung (act. 8.2 S. 3).

4.4 Im Arztbericht von Dr. med. O. _____ des Zentrum P. _____ vom 11. September 2015 wird anlässlich des Herzinfarktes folgendes diagnostiziert (act. 19.43):

1. Koronare Herzerkrankung mit Dreigeäßsbeteiligung;
2. Myokardinfarkt der Hinterwand;
3. Dreifach Primärstentimplantation, Zusätzlich: Fortgeschrittene periphere arterielle Verschlusskrankheit (nachfolgend: paVK oder Claudicatio), Becken-Typ.

4.5 Die Dres. med. Q._____ und R._____ stellten im ärztlichen Entlassungsbericht (Deutsche Rentenversicherung) der Klinik S._____, D-(...), vom 11. Oktober 2015 eine leicht eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion, keine Belastungskoronarinsuffizienz bis 50/75 Watt und eine PAVK Stadium II nach Fontaine fest. In ihrer Epikrise kamen sie zum Schluss, dass aus rein kardiologischer Sicht die aktuelle Tätigkeit als Polier im Strassen- und Tiefbau (mittelschwere Tätigkeiten) dem Beschwerdeführer zwar zumutbar sei, jedoch könne letzterer diese Tätigkeit bei schwersten Einschränkungen durch die LWS-Fraktur bis auf weiteres nicht ausüben. Überdies stellten sie folgende kardiovaskulären Risikofaktoren fest: Diabetes mellitus Typ 2, oral eingestellt, Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, und eine Hyperlipoproteinämie (act. 19.24).

4.6 Dr. med. T._____, Kardiologe und Angiologe, Gemeinschaftspraxis, D-(...), hält in seinem Bericht vom 23. März 2016 fest, dass der Beschwerdeführer von kardialer Seite normal belastbar, jedoch durch die WS-Beschwerden eingeschränkt sei (act. 19.10). Im Arztbericht vom 25. August 2016 stellt Dipl.-Med. U._____, Innere Medizin und Kardiologie, Berufsausübungsgemeinschaft, D-(...), folgendes fest: Klinisch kardial stabil, Liegeergometrie bis 75 Watt formal negativ, keine Ischämiezeichen, objektive Auslastung nicht erreicht; dringliche völlige Nikotinkarenz (act. 20.14).

4.7 In der interdisziplinären Beurteilung vom 2. September 2016 stellten Dr. med. V._____, FMH Int. Schmerztherapie, Schmerz Medizin, (...), und Dr. med. N._____, Orthopädische Chirurgie FMH, Klinik E._____, im Wesentlichen fest, dass in Bezug auf den Herzinfarkt eine stabile Situation bestehe. Hinsichtlich der Schmerzen verspüre der Beschwerdeführer ein ausgeprägtes Schmerzsyndrom im gesamten LWS-Bereich; proximal wahrscheinlich im Bereich der Fraktur, jedoch auch distal mit Ausstrahlungen in beide Beine. In den CT-Bildern vom Frühling seien deutlich sichtbare Kalkablagerungen in den verschiedenen Gefäßen vorhanden. Somit kamen sie zum Schluss, dass die Schmerzen in den Beinen und im distalen LWS-Bereich durch die PAVK (Claudicatio intermittens) verursacht würden. Die Schmerzen im proximalen Bereich würden wahrscheinlich im Zusammenhang mit der Fraktur stehen (act. 20.11).

4.8 Dem Bericht des Angiologen der Klinik W._____, D-(...), vom 6. Oktober 2016 ist zu entnehmen, dass die Beschwerden vertebrales (von der Wirbelsäule ausgehend) bedingt seien. Diese würden direkt im LWS-Bereich beginnen und würden in beide Gesässhälften ausstrahlen. Eine typische Claudicatio sei nicht zu finden; würden die Beschwerden durch die

Claudicatio ausgelöst, kämen diese mit Sicherheit nur rechts zum Tragen. Er empfehle daher wiederum eine Therapie der LWS, da eine Sanierung der Veränderungen der Beckengefäße rechts dem Beschwerdeführer keine Linderung seiner Beschwerden bringen würde (act. 20.4).

4.9 In der Konsultation am 18. Oktober 2016 und am Infiltrationstermin am 2. November 2016 äusserte der Beschwerdeführer starke Angst und war wegen der kardialen Problematik besorgt, so dass die Infiltration nicht durchgeführt werden konnte (act. 20.5; 21.20). Die Hausärztin hält in ihrem Schreiben vom 14. November 2016 fest, der erlebte Herzinfarkt werde vom Beschwerdeführer als ein sehr einschneidendes Erlebnis bewertet, wodurch die vorhergehenden Gespräche und Behandlungen, welche die Wirbelsäulenverletzungen betrafen, weit in den Hintergrund getreten seien (act. 21.14). Nachdem Dr. med. V. _____, FMH Schmerztherapie, Schmerz Medizin (...), am 29. November 2016 die 4 Gelenke infiltriert habe, sei der Beschwerdeführer 30 Minuten nach der Infiltration mobilisiert worden. Dabei habe der Beschwerdeführer eine 100%-ige Schmerzreduktion verspürt; auch beim Belastungstest hätten keine Schmerzen bestanden. Einen Tag danach habe die Situation erneut exazerbiert. Seiner Meinung nach bestehe jedoch eine klare segmentale Problematik (act. 27.77).

4.10 Im Bericht der Klinik E. _____ vom 21. Februar 2017 hält Dr. med. M. _____, fest, dass aktuell kein Anhalt für eine Ischämie des linksventrikulären Myokards bestehe (act. 27.61). Das CT der WS vom 9. März 2017, Klinik E. _____, wird mit Blick auf die bevorstehende Operation vom verantwortlichen Arzt wie folgt beurteilt: Fischwirbeldeformation LWK2, kein Nachweis einer Nervenwurzelkompression, mittelschwere segmentale Einengung des Spinalkanals auf Höhe LWK3/4 und auf Höhe LWK4/5 (act. 27.62). Dr. C. N. _____ hält in seinem Operationsbericht vom 24. April 2017 fest, dass eine transpedunkuläre [recte: transpedikuläre] Fixation L1 - L3 mit Einzementierung der Schrauben wegen der Osteoporose sowie ein Wirbelaufbau transpedunkulär [recte: transpedikulär] von L2 (Confidence Knochenzement) und separaterer Wirbelaufbau von L4 (Bodenplattenimpressionsfraktur) durchgeführt worden sei. Zudem diagnostiziert er eine dringend abklärungsbedürftige, schwerste Osteoporose, welche er intraoperativ festgestellt habe (act. 27 S. 58).

4.11 Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in der Klinik X. _____ vom 2. bis 20. Mai 2017 halten die Dres. Y. _____ und Z. _____ mit Austrittsbericht vom 30. Juni 2017 folgenden Befund fest: Muskuläre Insuf-

fizienz und Muskelatrophie im Lumbalbereich; keine Druck- oder Klopf-schmerzen, keine Schmerzausstrahlung und keine peripheren sensomotorischen Defizite. Drehen und Neigen gegen Widerstand möglich. Ferner konstatieren sie, dass aus unfallkausaler Sicht zum Zeitpunkt des Austrittes eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestehe und hinsichtlich der Zumutbarkeit in einer anderen beruflichen Tätigkeit noch nichts festgelegt werden könne (act. 27.40).

4.12 Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 19. Juli 2017 konstatiert Dr. med. N._____, Orthopädische Chirurgie FMH, es zeige sich – rund drei Monate postoperativ – trotz intensiver Rehabilitation in (...) leider kein Therapiegewinn durch die Operation. Lokal würden sich reizlose Wund- und Weichteilverhältnisse zeigen. Der Patient habe nach wie eine Retropulsion der Wirbelsäule, die natürlich im Sinne einer Deformität zu betrachten sei. Seiner Ansicht nach müsse eine Schmerztherapie, möglicherweise interventionell, durchgeführt werden (act. 27.31).

4.13 Dr. med. Aa._____, FA Chirurgie, D-(...) kam in seinem, im Auftrag der Bb._____ Versicherung AG erstellten chirurgischen Gutachten vom 23. September 2017 zum Schluss, dass folgende Unfallfolgen verblieben seien (act. 27.19):

- In Keilfehlform (Fischwirbelbildung) knöchern konsolidierte Fraktur des 2. Lendenwirbelkörpers mit Hinterkantenvorwölbung und Spinalkanalstenosierung Höhe Lendenwirbelkörper 2 (CT vom 10.07.2015);
- Segmentale Einengung des Spinalkanals auf Höhe Lendenwirbelkörper 3 / 4 und auf Höhe Lendenwirbelkörper 4 / 5 bei Zustand nach Deckplattenfraktur Lendenwirbelkörper 3 / 4 (CT vom 09.03.2017);
- Versteifte Bewegungssegmente Lendenwirbelkörper 1 – 4;
- Wiederkehrende Muskelreizzustände im Lendenwirbelsäulenbereich;
- Erheblichste Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei Seitneigen rechts / links, Drehen im Sitzen rechts / links sowie Rumpfvorwärtsbeugung;
- Ausbildung eines chronischen Schmerzsyndroms lumbal.

Ferner konstatierte er aufgrund der Komplexität der Verletzungen eine verbleibende Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit im Umfang von 45%. Zudem sei laut Aussage des Beschwerdeführers auch nach erfolgter Operation keine Verbesserung der Schmerzsymptomatik eingetre-

ten. Die belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule würden auf der VAS mit 5 / 10 angegeben. Es sei folglich nicht mit einer Verbesserung der Beweglichkeit zu rechnen, weshalb er in seinem alten Beruf nicht mehr wettbewerbsfähig einsetzbar sei (act. 27.19).

4.14 Im Bericht vom 10. November 2017 über die ambulante Verlaufskontrolle vom 9. November 2017 hält Dr. med. N. _____, Orthopädische Chirurgie FMH, fest, es gehe dem Beschwerdeführer nach wie vor nicht sehr gut, wenngleich besser als präoperativ. Das heute durchgeführte Röntgenbild zeige reguläre Verhältnisse. Bezüglich des zwischenzeitlich durchgeführten Gutachtens möchte er sich enthalten. Seiner Ansicht nach sei der Beschwerdeführer höchstens 50% arbeitsfähig, dies für abwechselnd sitzend und stehende Tätigkeiten ohne Rückenbelastung. Eine letzte invasive Option würde ein sogenannter Hinterstrangstimulator sein, dabei würde er eine Plattenelektrode der Firma Nevro bevorzugen, welche vor allem die Rückenschmerzen adressiere (act. 27.12).

4.15 Der Kreisärztlichen Untersuchung von Dr. med. Cc. _____, Arzt für Allgemeinmedizin, vom 7. Februar 2018 zufolge würden belastungsabhängige Beschwerden, vor allem im lumbosakralen Übergang im Bereich der ausgeprägten vorbestehenden Osteochondrose mit Verdacht auf Schmerzchronifizierung (St. p. Fraktur LWK2 am 26.09.2014 sowie wahrscheinlich kleine Abspregung Unterkante LWK4 rechts und Z. n. transpedikulärer Fixation L1 bis L3 mit Einzementierung der Schrauben wegen Osteoporose sowie Wirbelaufbau transpedikulär L2, separater Wirbelaufbau L4 bei Bodenplattenimpressionsfraktur 24.04.2017) bestehen. Folgende nicht unfallbedingte Diagnose wurden zudem festgehalten: Ausgeprägte degenerative Veränderungen der unteren BWS sowie der LWS mit Spangengebilden und ausgeprägte Osteochondrose L5/S1 mit tiefem Einbruch der Bodenplatte L5. Zur Operation (transpedikuläre Fixation L1 bis L3) hielten sie fest, dass diese keine Änderung des Zustands bewirkt habe (act. 45). Schliesslich hielt Dr. med. Cc. _____ in seiner ergänzenden Untersuchung vom 14. März 2018 fest, dass das MRI vom 13. Februar 2018 folgendes zeige: regelrechte, postoperative Strukturverhältnisse bei Z. n. Aufrichtung und Fixation des frakturierten Wirbelkörpers LWK 2 und Spondylodese LKW1 auf LWK 3. Ein Z. n. Vertebroplastie der Wirbelkörper L1 bis L3. Osteochondrosen LWK 4/5 mit medianer Diskusprotrusion/kleiner Hernie nach links ziehend, ossär/diskogen enges Neuroforamen WK L5/S1 links mit möglicher Irritation der Wurzel L4/5 links. Erosive Osteochondrosen WK L5/S1 mit Restprotrusion und ossär engem Neuroforamen auf die-

sem Niveau. Dementsprechend lasse sich die relevante Schmerzauslösung im operierten Bereich sowohl anhand der klinischen Befunde als auch der MRI-Untersuchungen ausschliessen. Dass belastungsabhängige Restbeschwerden bestehen, sei plausibel. Die nunmehr geklagte extreme Beschwerdesymptomatik resultiere jedoch ausschliesslich aufgrund der vorbestehenden degenerativen Veränderungen. Unfallbedingt könne somit davon ausgegangen werden, dass in einer angepassten, wechselbelastenden, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit unter folgenden Voraussetzungen gegeben sei: Keine Tätigkeiten mit längeren Zwangshaltungen für die Wirbelsäule, insbesondere in vorgeneigter Position, keine Tätigkeiten, welche mit Vibrationen und Schlägen für die Wirbelsäule verbunden seien (act. 43).

4.16 Gestützt auf eine Aktenbeurteilung kam die RAD-Ärztin, Dr. med. Dd. _____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, in ihrer Beurteilung vom 6. März 2019 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit bleibend 100% arbeitsfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit (optimal *sehr leichten bis leichten* wechselbelastenden Tätigkeit; max 5-10 kg) sei er aus orthopädischer Sicht circa 6-8 Monate nach der Operation vom 24. April 2017 zu 50% arbeitsfähig. Sie hielt folgendes Belastungsprofil fest: Keine Tätigkeiten mit längeren Zwangshaltungen für die Wirbelsäule, insbesondere in vorgeneigter Position, vermehrte Rotationen der Wirbelsäule, keine Tätigkeiten, welche mit Vibrationen und Schlägen für die Wirbelsäule verbunden seien. Das Gehen auf unebenem Boden sowie das Besteigen von Leitern und Gerüsten sollte vermieden werden. Schliesslich stellte sie fest, dass auch degenerative Veränderungen der Wirbelsäule vorliegen würden, die ebenfalls einen Einfluss auf die Belastbarkeit der Wirbelsäule (Bewegungseinschränkungen) hätten und somit auch die Arbeitsfähigkeit einschränken würden (act. 55 S. 2). Anlässlich des Einwandes des Beschwerdeführers hielt sie in ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 17. September 2019 unter Bezugnahme auf die Stellungnahme von Dr. med. Ee. _____ (s. E. 4.17) folgende Würdigung der Akten fest: Aus den vorhandenen Berichten gehe eine gute kardiale Leistungsfähigkeit bei St. n. Herzinfarkt vom 11. September 2015 mit sofortiger Gefässaufweitung und Stenteinlage hervor. Die Pumpfunktion zeige sich in der Echokardiographie nicht eingeschränkt. Auch die klinische Untersuchung und die Ergometrie würden keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch die Herzerkrankung ergeben. Ebenwenig würden sich klinisch relevante Einschränkungen durch die periphere arterielle Verschlusskrankheit finden. Selbstverständlich sei ein andauernder Rauchstopp wichtig. Die Arbeitsfähigkeit bezüglich

der Herzerkrankung sei auch für die angestammte Tätigkeit als nicht eingeschränkt beschrieben worden. Diese sei aber auf Grund der orthopädischen Leiden nicht zumutbar. Aus fachinternistischer Sicht (s. E. 4.19 hier-nach) seien, bezogen auf die internistischen Erkrankungen, körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten medizinisch-theoretisch vollzeitlich zumutbar (act. 69 S. 2).

4.17 Die RAD-Ärztin, Dr. med. Ee. _____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, kommt in ihrer fachinternistischen Einschätzung vom 12. September 2019 zum Schluss, dass aus den vorhandenen Berichten eine gute kardi-ale Leistungsfähigkeit bei St. n. Herzinfarkt vom 11. September 2015 mit sofortiger Gefässaufweitung und Stenteinlage hervorgehe. Die Pumpfunk-tion zeige sich in der Echokardiographie nicht eingeschränkt. Auch die kli-nische Untersuchung und die Ergometrie würden keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch die Herzerkrankung ergeben. Ebenso würden sich keine klinisch relevanten Einschränkungen durch die periphere arteri-elle Verschlusskrankheit finden. Selbstverständlich sei ein andauernder Rauchstopp wichtig. Die Arbeitsfähigkeit bezüglich der Herzerkrankung sei auch für die angestammte Tätigkeit als nicht eingeschränkt beschrieben worden; diese sei aber aufgrund der orthopädischen Leiden nicht zumut-bar. Sie kommt deshalb zum Schluss, dass aus fachinternistischer Sicht – bezogen auf die internistischen Erkrankungen – körperlich leichte und mit-telschwere Tätigkeiten medizinisch-theoretisch vollzeitlich zumutbar seien (act. 68).

5.

5.1 Die Vorinstanz stützte ihre Beurteilung in der angefochtenen Verfügung auf die (reinen) Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztinnen Dr. med. Dd. _____ vom 6. März und 17. September 2019 (act. 55 S. 2; 69 S. 2) sowie Dr. med. Ee. _____ vom 12. September 2019 (act. 68), welche ihrerseits auf die ärztlichen Berichte in den Akten der SUVA abgestellt ha-ben.

5.2 Nach der geltenden Rechtsprechung (BGE 133 V 549) besteht für die Invalidenversicherung keine Bindungswirkung an die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung, weshalb die IV-Stellen auch nicht zur Einsprache gegen die Verfügung und zur Beschwerde gegen den Einspracheentscheid des Unfallversicherers über den Rentenanspruch als solchen oder den In-validitätsgrad berechtigt sind. Allerdings schliesst das Bundesgericht in

BGE 133 V 549 E. 6.4 nicht aus, dass die IV-Stellen oder im Beschwerdefall die kantonalen Gerichte die Unfallversicherungsakten beiziehen und gestützt darauf den Invaliditätsgrad für den Bereich der Invalidenversicherung bestimmen können.

Mit Blick auf die fehlende Bindungswirkung haben die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbständig vorzunehmen. Sie dürfen sich somit nicht ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades der jeweils anderen Stelle begnügen (vgl. BGE 133 V 549 E. 6.1 m. H., bestätigt mit Urteil des BGer 8C_549/2016 vom 19. Januar 2017 E. 5.1).

5.3 Aus medizinischer Sicht geht aus den vorinstanzlichen Akten hervor, dass die Vorinstanz – abgesehen von den Aktenbeurteilungen ihres RAD (act. 55 S. 2; 68; 69) – keine eigenen medizinischen Abklärungen veranlasst hat. Das Abstellen auf die Abklärungen und Akten des Unfallversicherers ist zwar für sich allein nicht zu beanstanden, wenn einleuchtet und nachvollziehbar ist, weshalb nur auf diese abgestellt wird und damit keine weiteren Abklärungen nötig sind (s. hiervor E. 3.5.2). Allerdings besteht in Bezug auf den Ursprung der Schmerzen ein Widerspruch: Gemäss interdisziplinärer Beurteilung von Dr. med. V._____, FMH Int. Schmerztherapie, Schmerz Medizin (...), und Dr. med. N._____, Orthopädische Chirurgie FMH, Klinik E._____, würden die Schmerzen in den Beinen und im distalen LWS-Bereich durch die PAVK (Claudicatio intermittens) verursacht (act. 20.11). Hierzu stellt sich der verantwortliche Angiologe der Klinik W._____, D-(...), am 6. Oktober 2016 auf den Standpunkt, dass sich keine solche PAVK vorfinden würde und bei einer solchen würden die Schmerzen nur rechts zum Tragen kommen (act. 20.4). Diese Unklarheit begründet bereits Zweifel an der ärztlichen Beurteilung (vgl. zu deren Würdigung E. 3.5.3).

5.4 Des Weiteren stützte sich die RAD-Ärztin im Wesentlichen auf die kreisärztliche Einschätzung und somit auf die unfallbedingte Arbeitsfähigkeit. Als finale Versicherung hat die Invalidenversicherung im Unterschied zur Unfallversicherung sämtliche Leiden der versicherten Personen unabhängig von ihrer Ursache zu berücksichtigen (vgl. Urteil des BGer 8C_359/2013 vom 27. August 2013 E. 3). Vorliegend beurteilte die SUVA die unfallkausalen Leiden als ausgeheilt; die verbleibenden Schmerzen seien auf eine vorbestehende ausgeprägte degenerative Veränderung der WK L5/S1 zurückzuführen. Die Vorinstanz leitet daraus implizit ab, dass

die vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten gesundheitlichen Beschwerden auch für die Invalidenversicherung unbeachtlich seien. In den angefochtenen Verfügungen wurde per 1. April 2018 von einer Besserung des Gesundheitszustandes ausgegangen (s. E. 2.1). Eine solche besse- rungsbedingte Herabsetzung muss sich jedoch auf eine wesentliche Ände- rung der tatsächlichen gesundheitlichen Verhältnisse stützen (s. hiervor E. 2.5.2), was vorliegend in der RAD-Beurteilung vom 6. März 2019 nicht nachvollziehbar dargelegt wird. Die Vorinstanz stellt lediglich fest, dass der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht circa 6-8 Monate nach der Operation vom 24. April 2017 zu 50% arbeitsfähig sei. Dabei wird ausser Acht gelassen, dass noch im September 2017 erhebliche funktionellen Ein- schränkungen attestiert wurden (s. E. 4.13 und E. 5.6), die fraglich einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten *sehr leichten bis leichten* Tätigkeit entsprechen. Darüber hinaus kommt Dr. med. N._____, Ortho- pädische Chirurgie FMH, Klinik E._____, in seiner Stellungnahme vom 10. November 2017 zum Schluss, dass zwar eine Besserung eingetreten sei – jedoch gehe es dem Beschwerdeführer nach wie vor nicht gut, wes- halb er weitere Interventionsmassnahmen vorschlage (s. E. 4.14. hiervor).

5.5 Hinzu kommt, dass in den Akten mehrere Hinweise auf ein chronisches Schmerzsyndrom zu finden sind, welches mit Blick auf die invaliditätsbe- dingte Arbeitsfähigkeit gänzlich ausser Acht gelassen wurde. So hielten die verantwortlichen Ärzte Dr. med. V._____, FMH Int. Schmerztherapie, Schmerz Medizin (...), und Dr. med. N._____, Orthopädische Chirurgie FMH, Klinik E._____, bereits in der interdisziplinären Beurteilung vom 2. September 2016 fest, der Beschwerdeführer verspüre ein ausgeprägtes Schmerzsyndrom im gesamten LWS-Bereich; proximal wahrscheinlich im Bereich der Fraktur, jedoch auch distal mit Ausstrahlungen in beide Beine (act. 20.11). Ebenso diagnostiziert der deutsche Gutachter ein chronisches Schmerzsyndrom lumbal (act. 27.19). Vorliegend steht eine chronische Schmerzstörung (ohne nähere ICD-Klassifizierung) zur Diskussion. Nach der neuesten Rechtsprechung bedarf es in diesem Zusammenhang einer Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störun- gen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Diesen Anforderungen werden die bisher vorliegenden medizinischen Berichte nicht gerecht.

5.6 Hinsichtlich der Epikrise der Ärzte aus Deutschland hält die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle fest, dass die Deutsche Rentenversicherung ein von der schweizerischen Invalidenversicherung wesentlich abweichendes Renten-

abstufungssystem kenne und die schweizerischen Behörden die Rentenprüfung unabhängig vom Ergebnis der ausländischen IV-Verfahren vorzunehmen hätten, sodass eine Bindungswirkung der Verfügung der Deutschen Rentenversicherung entfalle (Urteil des BVerG C-1601/2019 vom 18. November 2020, E. 7.5.2). Nichtsdestotrotz unterliegen fremde ärztliche Beurteilungen der freien Beweiswürdigung (s. hiervor E. 3.5.4) und können, wie in der Erwägung 5.3 festgehalten, Anlass zu Zweifeln geben.

So wird das Gutachten von Dr. med. Aa. _____, FA Chirurgie, D-(...) (s. hiervor E. 4.13) in der RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 6. März 2019 zwar gelistet, bleibt jedoch in der Würdigung der Vorakten unberücksichtigt: Dr. med. Aa. _____ attestiert in seinem Gutachten vom 23. September 2017 schwerste Einschränkungen der LWS-Beweglichkeit (Seitneigen, Drehen im Sitz und Rumpfvorbeuge erheblich eingeschränkt). In diesem Zusammenhang nennt die RAD Ärztin, Dr. med. Dd. _____, lediglich *zusätzliche degenerative Veränderungen*. Die Vorinstanz hätte unter Zugrundelegung des aktenkundigen Gutachtens zumindest prüfen müssen, ob eine angepasste Tätigkeit im Stehen oder Sitzen (s. hiervor E. 4.14) diesen Einschränkungen Rechnung trägt.

5.7 Nach dem Gesagten steht zum einen fest, dass die Vorinstanz zu Recht ab 1. Dezember 2015 (6 Monate nach Rentenanmeldung [E. 3.4]) bis im März 2018 eine ganze Invalidenrente gewährt hat. Die Rentengewährung berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer im September 2014 einen Unfall mit LWK-Frakturen erlitt, bis Mitte 2015 keine knöcherne Konsolidierung der Fraktur des Lendenwirbelkörpers (LWK) 2 eintrat, der Beschwerdeführer im September 2015 einen Herzinfarkt erlitt, mit welchem sich die LWK-Operation verzögerte, die Klinik S. _____ (...) in ihrem Austrittsbericht im Oktober 2015 schwerste (funktionelle) Einschränkungen durch die LWK-Fraktur attestierte, im November 2016 Gelenksinfiltrationen und im April 2017 eine Operation der Lendenwirbelsäule (Fixation LWK 1-3, Wirbelaufbau LWK 2-4) notwendig wurden, der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Austritts aus der Klinik X. _____ im Mai 2017 als 100% arbeitsunfähig erachtet wurde und im September 2017 eine zwar inzwischen knöchern konsolidierte Fraktur L2, aber erhebliche Bewegungseinschränkungen in der LWS attestiert wurden.

Zum andern ist festzuhalten, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit per Ende 2017 unter Berücksichtigung der von der Vorinstanz der angefochtenen Verfügung zugrunde gelegten Akten nicht schlüssig beurteilen

lassen. Damit lässt sich auch die Herabsetzung einer vollen Rente auf eine Dreiviertelrente ab 1. April 2018 nicht schlüssig erklären. Die Abstufung fusst auf sich widersprechenden medizinischen Berichten zu den Folgen der Wirbelsäulen-Operation vom 24. April 2017 und kann damit nicht Grundlage für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sein. Die Zusprache von mindestens einer Dreiviertelrente – basierend auf der von Dr. Dd. _____ (RAD) erfolgten Beurteilung, dass nach erfolgter Rückenoperation im April 2017 ab Ende 2017 (nur) eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wiedererlangt worden sei (E. 4.16) – ist durchaus nachvollziehbar und wird vorliegend bestätigt. Die Tatsache, dass das Gutachten von Dr. med. Aa. _____, FA Chirurgie, D-(...), unbeachtet geblieben ist, ist jedenfalls geeignet, Zweifel an der Richtigkeit der medizinischen Einschätzung hervorzurufen. Die Vorinstanz wird deshalb angewiesen, den medizinischen Sachverhalt unter Würdigung aller Berichte, explizit auch des Gutachtens aus Deutschland, ergänzend abzuklären und auf Grundlage dessen nochmals zu entscheiden, ob ab 1. April 2018 eine volle Rente oder in Bestätigung der bisherigen Beurteilung mindestens eine Dreiviertelrente auszurichten ist.

6.

6.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz zu Unrecht von einer eigenen, von den SUVA-Abklärungen unabhängigen medizinischen Prüfung abgesehen hat. Zudem hat sie den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht allseitig und auch nicht vollständig abgeklärt, zumal neben den verbleibenden WS-Beschwerden und dem nunmehr ausgebildeten chronischen Schmerzsyndrom auch die (umstrittene) Frage einer Claudicatio und deren Auswirkungen zur Diskussion stehen, deren natürliche und adäquate Kausalität lediglich für den Unfallversicherer von Relevanz ist. Aus diesem Grund sind zusätzliche Abklärungen für den Zeitraum ab Ende 2017 notwendig. Vorliegend sind Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie geboten. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der polydisziplinären Begutachtung kann auch sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergeb-

nis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Darüber hinaus erfordert die bundesgerichtliche Praxis im Bereich der chronischen Schmerzstörungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) im vorliegenden Fall auch die Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens.

6.2 Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der dem Gutachtensauftrag beizulegende Fragenkatalog hat sämtliche Standardindikatoren der neuen Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 4.1.3) zu berücksichtigen.

6.3 Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Fragen nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeitsrespektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Vorliegend fehlt es an einer IV-rechtlich erforderlichen Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Die Vorinstanz hat es unterlassen, eine umfassende polydisziplinäre Abklärung zu veranlassen, obwohl eine solche aufgrund der im Raum stehenden Befunde und Diagnosen, welche verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen, geboten gewesen wäre. Eine reine Aktenbeurteilung war vorliegend unzulässig, was zwangsläufig zur Einholung eines Administrativgutachtens hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen. Daher ist die Angelegenheit zur Vornahme einer polydisziplinären Begutachtung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die im vorliegenden Fall vorzunehmende Rückweisung beinhaltet im Übrigen keine Gefahr einer reformatio in peius, da die gewährte ganze Rente vom 1. Dezember 2015 bis 31. März 2018 bestätigt werden kann. Auch die Dreiviertelrente ab 1. April 2018 ist aufgrund der Aktenlage als ausgewiesen und begründet zu erachten (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Es bleibt hingegen offen und wird von der Vorinstanz zu prüfen sein, ob sich die geltend gemachte Nichtverbesserung des Gesundheitszustandes seit der Rückenoperation im April 2017 auf den IV-Grad (im Sinne einer Beibehaltung einer

ganzen Rente) ausgewirkt haben könnte (vgl. dazu die Urteile des BVGer C-6415/2010 vom 6. Februar 2013 E. 7, C-7355/2014 vom 6. September 2016 E. 6.2 und C-4325/2015 vom 27. September 2016 E. 8) und eine (vorliegend bestrittene) Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit mit Blick auf das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers (Jahrgang 1958) und das ärztlich festgelegte Belastungsprofil noch bejaht werden kann.

6.4 Die Beschwerde ist demnach gutzuheissen und die angefochtenen Verfügungen vom 2. Oktober 2019 sind aufzuheben insoweit, als ab 1. April 2018 nur eine Dreiviertelsrente zuerkannt wurde. Diesbezüglich sind die Akten im Sinne der Erwägungen zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

7.

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

7.2 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.3 Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes wird die Parteientschädigung (inkl. Auslagenersatz, exkl. MWSt) auf Fr. 2'800.– festgelegt (Art. 10 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde vom 9. November 2019 wird gutgeheissen und die angefochtenen Verfügungen vom 2. Oktober 2019 werden insoweit aufgehoben, als ab 1. April 2018 nur eine Dreiviertelsrente zuerkannt wurde. Diesbezüglich sind die Akten zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– zugesprochen, die nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils von der Vorinstanz zu leisten ist.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Yvette Märki

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: