



---

Abteilung III  
C-5948/2012

## **Urteil vom 20. Mai 2014**

---

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),  
Richter Daniel Stufetti,  
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,  
Gerichtsschreiber Matthias Burri-Küng.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA**, Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2, Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Verfügung vom 11. Oktober 2012.

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

Der am (...) 1950 geborene, in Deutschland wohnhafte deutsche Staatsangehörige Karl A. \_\_\_\_\_ (*im Folgenden*: Beschwerdeführer) arbeitete bei verschiedenen Arbeitgeberinnen in der Schweiz und entrichtete Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV); vgl. Vorakten [IV-act.] 1-1 ff., 9-1 ff.). In der Schweiz arbeitete der studierte Maschinenbauingenieur zuletzt von 2001 bis 2003 bei der B. \_\_\_\_\_ AG, wobei das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen aufgelöst werden musste (IV-act. 36-8). Danach nahm er eine selbstständige Tätigkeit als Unternehmensberater in Deutschland auf (IV-act. 112-4). Ab dem 28. Januar 2005 bezog er Arbeitslosengeld II in Deutschland (IV-act. 21-24).

Am 25. Januar 2011 meldete sich der Beschwerdeführer bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons C. \_\_\_\_\_ zum Bezug einer Rente der Invalidenversicherung an. Diese leitete das Leistungsgesuch am 27. Januar 2011 an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland weiter (*im Folgenden*: IVSTA oder Vorinstanz [IV-act. 1 ff.]). Am 26. Februar 2011 teilte die IVSTA dem Beschwerdeführer mit, dass die Anmeldung zu Leistungsbezug beim zuständigen Sozialversicherungsträger des Wohnsitzlandes zu stellen sei (IV-act. 3). Die entsprechende Anmeldung via die Deutsche Rentenversicherung vom 29. April 2011 ging am 6. Mai 2011 bei der Vorinstanz ein (IV-act. 6).

**B.**

**B.a** In der Folge führte die Vorinstanz medizinische und beruflicherwerbliche Abklärungen durch (IV-act. 11 ff.).

**B.b** Am 14. Juli 2011 sprach die Deutsche Rentenversicherung dem Beschwerdeführer eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zu (IV-act. 19). Am 19. Juli 2011 erging ein weiterer Rentenbescheid, mit welchem dem Beschwerdeführer eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung zugesprochen wurde (IV-act. 21). Nachdem der Beschwerdeführer gegen diese Rentenbescheide Widerspruch erhob, wurde ihm eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bis zur Regelaltersgrenze gewährt (IV-act. 62).

**B.c** Nach Sichtung der im deutschen Rentenverfahren erstellten medizinischen Akten gelangte die Vorinstanz zum Schluss, dass weitere medizinische Abklärungen notwendig seien (IV-act. 82). In der Folge veran-

lasste sie eine rheumatologische Begutachtung bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (IV-act. 83 ff.). Mit Vorbescheid vom 13. Juli 2012 stellte die Vorinstanz dem Beschwerdeführer die Abweisung seines Leistungsgesuchs in Aussicht (IV-act. 118). Gegen den Vorbescheid erhob dieser am 23. Juli 2012 und 18. August 2012 Einwand (IV-act. 123, 126).

Am 11. Oktober 2012 verfügte die Vorinstanz im Sinn des Vorbescheids und wies das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers ab (act. 131).

### **C.**

Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer am 13. November 2012 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (act. BVGer 1). Eine Beschwerdeergänzung wurde am 20. November 2012 (Poststempel) nachgereicht (act. BVGer 3). Im Hauptantrag machte er im Wesentlichen geltend, die Verfügung vom 11. Oktober 2012 sei aufzuheben und es sei ihm eine ganzen Invalidenrente rückwirkend ab 27. Januar 2011 samt Zinsen ab dem Folgemonat zuzusprechen. Überdies sei die Vorinstanz aufgrund ihrer Bearbeitungsverzögerung und der damit verbundenen Lebens Einschränkungen dazu zu verpflichten, ihm eine vorläufige Entschädigung von monatlich Fr. 817.- bis zum Rentenentscheid zu bezahlen. Eventualiter, falls seine volle Arbeitsunfähigkeit angezweifelt werde, sei eine erneute Begutachtung an der Universitätsklinik der E.\_\_\_\_\_ Universität, im Universitätsspital E.\_\_\_\_\_ oder Universitätsspital G.\_\_\_\_\_ durchzuführen. Sodann sei ihm durch einen vor Bundesverwaltungsgericht zugelassenen Rechtsbeistand Akteneinsicht zu gewähren. Zudem sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

### **D.**

Mit Vernehmlassung vom 13. Februar 2013 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (act. BVGer 11).

### **E.**

Mit Zwischenverfügung vom 19. Februar 2013 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege dahingehend gut, als dass der Beschwerdeführer von der Leistung der Verfahrenskosten befreit wurde. Zudem wurde dem Beschwerdeführer Einsicht in die vorinstanzlichen Akten gewährt. Demgegenüber wurde das Gesuch um vorsorgliche Ausrichtung einer Entschädigung von Fr. 817.- monatlich bis zum Rentenentscheid abgewiesen (act. BVGer 12).

**F.**

Mit Replik vom 24. März 2013 (act. BVGer 15) zog der Beschwerdeführer sein Rechtsbegehren betreffend vorsorgliche Ausrichtung einer Entschädigung von Fr. 817.- nachträglich zurück und beantragte sinngemäss ergänzend, es sei vom Bundesverwaltungsgericht vorsorglich zu entscheiden beziehungsweise festzustellen, dass ein allfälliger Vorbezug einer Altersrente der AHV weder den geltend gemachten Anspruch auf eine Rente der IV aussetze noch zur Verwirkung dieses Anspruchs führe. Zudem beantragte er, es sei ihm bei Obsiegen in vorliegendem Beschwerdeverfahren eine vom Gericht festzulegende Entschädigung wegen Lebens Einschränkung aufgrund der langen Bearbeitungsdauer sowie der von der Vorinstanz verursachten Verfahrensfehler zuzusprechen.

**G.**

Mit Zwischenverfügung vom 8. April 2013 trat der Instruktionsrichter auf das Gesuch um vorsorglichen Entscheid beziehungsweise Feststellung betreffend den allfälligen Vorbezug der Altersrente der AHV nicht ein (act. BVGer 16).

**H.**

Mit Duplik vom 15. April 2013 hielt die Vorinstanz im Wesentlichen an ihrem Abweisungsantrag fest und verwies im Übrigen auf ihre Begründung in der Vernehmlassung (act. BVGer 19).

**I.**

Am 30. April 2013 reichte der Beschwerdeführer seine Bemerkungen zur Duplik der Vorinstanz ein (act. BVGer 20).

**J.**

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

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****1.**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

**1.1** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), soweit das Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) 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 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20] sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

**1.2** Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist *in casu* nicht gegeben (Art. 32 VGG).

**1.3** Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a VwVG in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat ist der Beschwerdeführer durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

## **2.**

**2.1** Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Kognition, vgl. BENJAMIN SCHINDLER, *in*: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

**2.2** Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition (E. 2.1 hiervor) kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

### **3.**

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

#### **3.1**

**3.1.1** Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, *im Folgenden*: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als „Mitgliedstaat“ zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (11. Oktober 2012) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

**3.1.2** Die Sache beurteilt sich nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; vgl. BGE 130 V 445).

**3.1.3** Damit finden grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 11. Oktober 2012 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Be-

lang sind (für das IVG insbesondere: ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in der entsprechenden Fassungen).

**3.1.4** Weiter sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und des Einkommensvergleichs (Art. 16) entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. IV-Revision nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

## **3.2**

**3.2.1** Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

**3.2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, 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).

**3.2.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**3.2.4** Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Eine – vorliegend zutreffende – Ausnahme von diesem Prinzip gilt aufgrund des FZA und der anwendbaren europäischen Verordnungen seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft (EU), denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

### **3.3**

**3.3.1** 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, so dass 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.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 Bst. c - g IVG).

**3.3.2** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

**3.3.3** Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a).

#### **4.**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

**4.1** Die Vorinstanz ist in ihrer rentenabweisenden Verfügung vom 11. Oktober 2011 davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer in der Tätigkeit als Mitglied der Geschäftsleitung seit dem 7. Juni 2011 zu 20 %, vom 15. November 2011 zu 100 % und ab dem 22. November 2011 wiederum zu 20 % eingeschränkt sei. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg bestehe sodann eine Arbeitsfähigkeit von 100 % seit dem 7. Juni 2011, von 0 % ab dem 15. November 2011 und wiederum eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ab dem 22. November 2011. Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes stützte sich die Vorinstanz insbesondere auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 11. Juni 2012, welchem es höheren Beweiswert zumass, als dem aus dem deutschen Rentenverfahren stammende Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (IV-act. 131-1 ff.).

**4.2** Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, der Sachverhalt sei nicht gesetzeskonform abgeklärt worden. Sinngemäss führt er aus, bei dem von der Vorinstanz veranlassten Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2012 handle es sich um ein Gefälligkeitsgutachten (act. BVGer 1, S. 5 f.). Überdies sei dieses Gutachten nicht notwendig gewesen, da mit dem Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ bereits ein beweistaugliches Gutachten vorgelegen habe, welches Grundlage der Zusprache einer Rente wegen voller Erwerbsminderung im deutschen Rentenverfahren gewesen und vom Sozialgericht als Obergutachten eingeholt worden sei. Allfällige Diskrepanzen hätten daher mit Ergänzungsfragen an die Gutachter und nicht mit einem Zweitgutachten geklärt werden müssen. Beim Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ handle es sich so-

mit um eine unzulässige "second opinion", welche zudem das Verfahren unnötig verlängert habe. Zudem habe die Vorinstanz ihn über die noch offenen Fragen im unklaren gelassen, sodass er seinerseits keine Möglichkeit gehabt habe, solche Fragen an den Experten zu richten (act. BVGer 15, S. 9 ff.; 20, S. 1. f.). Ferner bemängelt der Beschwerdeführer das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ auch inhaltlich.

**4.3** Demgegenüber macht die Vorinstanz im Wesentlichen geltend, es seien keine Gründe ersichtlich, welche gegen die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit des Gutachters Dr. med. D.\_\_\_\_\_ sprechen würden. Insbesondere handle es sich bei dessen Gutachten nicht um ein Gefälligkeitsgutachten. Ebenso wenig stelle es eine unzulässige "second opinion" dar. Vielmehr sei dieses Gutachten eingeholt worden, da der ärztliche Dienst aufgrund teilweiser widersprüchlicher Feststellungen in den Vorgutachten nicht in der Lage gewesen sei, zu einer eindeutigen Beurteilung zu gelangen. Sodann erfülle das Gutachten sämtliche Kriterien für ein beweistaugliches Gutachten. Als unbegründet erweise sich zudem der Vorwurf der mutwilligen Verzögerung. Der Entscheidung sei innert 17 Monaten nach Erhalt der Anmeldung zum Leistungsbezug ergangen. Angesichts der notwendigen Abklärungsmassnahmen – insbesondere dem Einholen des Gutachtens aus dem deutschen Widerspruchsverfahren und der anschliessenden Begutachtung in der Schweiz – handle es sich um eine normale Bearbeitungsdauer (act. BVGer 11, 18).

## **5.**

Zunächst ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S.179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Zur Beurteilung, ob nach den schweizerischen Rechtsvorschriften ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht, sind auch solche Beweismittel frei zu würdigen.

Daran hat sich mit Inkrafttreten der (EG) Verordnung Nr. 987/2009 nichts geändert. Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnung Nr. 987/2009 ist nämlich die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Ver-

ordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich somit auch unter Berücksichtigung der staatsvertraglichen Regelungen allein nach schweizerischem Recht.

Die Ausrichtung einer Rente der Deutschen Rentenversicherung führt daher nicht per se zu einer Leistungszusprache im schweizerischen Rentenverfahren. Mithin kommt der Entscheid der Deutschen Rentenversicherung keine präjudizielle Wirkung zu, sodass die Vorinstanz berechtigt war, den Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers nach schweizerischem Recht zu prüfen. Dabei war sie zudem nicht an die ärztlichen Feststellungen aus dem deutschen Rentenverfahren gebunden. Soweit der Beschwerdeführer – wie er insbesondere noch im vorinstanzlichen Verfahren – die Verletzung von Staatsvertragsrecht rügt, kann ihm nicht beigespflichtet werden.

## **6.**

Auf Empfehlung des regionalärztlichen Dienstes Rhone (RAD) ordnete die Vorinstanz vorliegend eine monodisziplinäre Begutachtung bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_ an (IV-act. 84). Der Beschwerdeführer bemängelt diese Begutachtung zunächst in formeller Hinsicht. Zu prüfen ist somit, ob das Gutachten diesbezüglich vor Bundesrecht standhält.

**6.1** In BGE 139 V 349 hat das Bundesgericht festgehalten, dass die Anforderungen an die medizinische Begutachtung, wie sie in BGE 137 V 210 für polydisziplinäre MEDAS Begutachtungen, das heisst medizinische Gutachten, an denen drei und mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, umschrieben worden sind, grundsätzlich sinngemäss auf mono- und bidisziplinäre Expertisen anwendbar sind (BGE 139 V 349 E. 5.4). Da mono- und bidisziplinäre Gutachten im Gegensatz zu polydisziplinären Gutachten aber nicht zufallsbasiert über die Suisse-MED@P-Plattform vergeben werden, erlangen die verfahrensrechtlichen Rahmenbedingungen von BGE 137 V 210 bei der Auftragsvergabe besonderes Gewicht (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.1). Dies bedeutet insbesondere, dass die Partizipationsrechte der versicherten Person auch bei monodisziplinären Expertisen Beachtung finden müssen.

**6.2** Kommt also die IV-Stelle zum Schluss, dass eine monodisziplinäre Begutachtung notwendig ist, so teilt sie dies, zusammen mit der vorgese-

nenen Fachdisziplin, dem vorgeschlagenen Gutachter und dem vorgesehenen Fragekatalog der versicherten Person im Rahmen einer Mitteilung ohne Rechtsmittelbelehrung mit (Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI] Rz. 2081 f.). Für die Erhebung von Einwänden gegen die Begutachtung an sich, die vorgesehenen Fachdisziplinen sowie gegen die Gutachter und für das Einreichen von Zusatzfragen wird der versicherten Person eine Frist von 10 Tagen angesetzt (KSVI Rz. 2082 f.). Bringt die versicherte Person Einwände vor und wird den Forderungen nicht oder nur teilweise entsprochen, ist bei mono- und bidisziplinären Begutachtungen im Falle aller zulässigen Einwendungen zunächst konsensorientiert vorzugehen. Erst wenn eine Einigung ausbleibt, ergeht eine (einheitliche) Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich (Notwendigkeit einer Begutachtung, Beschränkung auf eine oder zwei Fachdisziplinen, Bezeichnung der Disziplinen) und die Person der Gutachter (vgl. BGE 139 V 349 E. 5.2.2.4 unter Verweis auf KSVI Rz. 2081.1, 2082.1, 2083, 2083.1). Im Gegensatz zur Gutachtensvergabe nach dem Zufallsprinzip bei polydisziplinären Gutachten, ist für die Anordnung eines mono- oder bidisziplinären Gutachtens somit kein zweistufiges Verfahren vorgesehen.

**6.3** Vorliegend hat die Vorinstanz den Verfahrensablauf zur Einholung des monodisziplinären Gutachten bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_ grundsätzlich korrekt im Sinn der vorstehenden Erwägung eingehalten. Am 3. April 2012 teilte sie dem Beschwerdeführer mit, dass eine medizinische Abklärung notwendig sei und dazu Dr. med. D.\_\_\_\_\_ beauftragt werde. Dieser Mitteilung legte sie den Fragekatalog bei und gab dem Beschwerdeführer Gelegenheit Zusatzfragen zu stellen und Einwände zu erheben (IV-act. 84). Am 17. April 2012 reichte der Beschwerdeführer den Fragekatalog mit ergänzenden Ausführungen ein (IV-act. 88 f.). Formelle oder materielle Einwände gegen den von der Beschwerdegegnerin vorgeschlagenen Gutachter brachte er hingegen nicht vor (IV-act. 89). Mithin machte er weder Ausstands- oder Ablehnungsgründe gegen Dr. med. D.\_\_\_\_\_ geltend, sodass sich ein konsensorientiertes Vorgehen erübrigte (vgl. auch Urteil des BGer 9C\_560/2013 vom 6. September 2013 E. 2.3). Zwar bemängelte er appellatorisch, dass die Vorinstanz nun doch eine Begutachtung veranlasste, nachdem sie sein früheres Angebot sich in der Schweiz zu begutachten lassen, noch nicht für angezeigt gehalten hatte. Der Begutachtung stimmte er schliesslich jedoch zu. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz die rheumatologische Begutachtung bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_ am 24. April 2012 mit formloser Mitteilung bestätigte (IV-act. 95).

**6.4** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens macht der Beschwerdeführer nun mit Replik vom 24. März 2013 geltend, beim Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ handle es sich um eine unzulässige "second opinion".

**6.5** Art. 43 Abs. 1 ATSG statuiert die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei es im Ermessen des Versicherungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden notwendigen Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG beinhalten indessen rechtsprechungsgemäss nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine "second opinion" zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt (SVR 2007 UV Nr. 33 S. 111, U 571/06 E. 4.1 u. 4.2).

**6.6** Vertritt die versicherte Person die Ansicht, der Sachverhalt sei bereits hinreichend abgeklärt, ist sie nicht verpflichtet sich einer weiteren Begutachtung zu unterziehen. Die Weigerung sich der Zweitbegutachtung zu unterziehen, gereicht der versicherten Person nicht zum Nachteil, wenn die weitere Begutachtung entbehrlich ist (SVR 2007 UV Nr. 33 S. 111, U 571/06 E. 4). Dem Beschwerdeführer stand es somit offen, sich der von der Vorinstanz angeordneten Begutachtung zu verweigern. Dieses Verhalten hätte die IV-Stelle als Verletzung der Mitwirkungspflicht qualifizieren können (Art. 43 Abs. 3 ATSG). Gegen eine entsprechende Verfügung hätte der Beschwerdeführer Rechtsmittel ergreifen und darin geltend machen können, die Rechtsfolgen von Art. 43 Abs. 3 ATSG dürften nicht eintreten, weil die angeordnete Beweismassnahme ungerechtfertigt gewesen sei (vgl. Urteil des BGer 9C\_548/2010 vom 10. August 2010 E. 3.3). Trotz der appellatorischen Kritik hinsichtlich der angekündigten Begutachtung stimmte der Beschwerdeführer dieser letztlich aber zu und liess sich in der Folge von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ begutachten. Erst als das Ergebnis der Begutachtung zu seinen Ungunsten ausfiel, erhob er am 24. März 2013 die Rüge einer unzulässigen "second opinion". Dieses Vorgehen stellt ein widersprüchliches Verhalten dar, welches keinen Rechtsschutz verdient. Damit ist nicht mehr darüber zu entscheiden, ob die von der Vor-

instanz angeordnete Begutachtung zu Recht erfolgte (vgl. Urteil des BGer 8C\_148/2011 vom 5. Juli 2011 E. 3.3).

**6.7** Anders verhält es sich indessen mit der im Vorbescheid- und nun im Beschwerdeverfahren vorgebrachten Rüge der Befangenheit des Gutachters. Ausstands- oder Ablehnungsgründe sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung so früh wie möglich geltend zu machen. Es verstösst grundsätzlich gegen Treu und Glauben, Einwendungen dieser Art erst im Rechtsmittelverfahren vorzubringen, wenn dies schon vorher hätte getan werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.4.2). Da der Anschein der Befangenheit eines Gutachters sich jedoch erst aus dem Begutachtungsablauf oder den Erwägungen im Gutachten selbst ergeben können und der Beschwerdeführer seine Rüge bereits im Vorbescheidverfahren vorgebracht hat, ist vorliegend näher darauf einzugehen. Der Beschwerdeführer macht sinngemäss geltend, Dr. med. D.\_\_\_\_\_ habe das Gutachten bewusst zu seinen Ungunsten angefertigt.

**6.8** Vorab ist festzuhalten, dass ein Ausstandsgrund nicht schon deswegen gegeben ist, weil jemand Aufgaben für die Verwaltung erfüllt, sondern erst bei persönlicher Befangenheit (SVR 2010 IV Nr. 66 S. 199, Urteil des BGer 9C\_304/2010 vom 12. Mai 2010 E. 2.2). Ebenso vermag die abweichende Beurteilung von anderen mit dem Versicherten befassten Ärzten die Objektivität eines Gutachters nicht in Frage zu stellen. Vielmehr gehört es zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung sodann abgestellt werden kann, ist ein Frage der Beweiswürdigung (vgl. BGE 132 V 110 E. 7.2.2). Ferner begründet auch – wie der Beschwerdeführer noch im Vorbescheidverfahren geltend gemacht hat – der Hinweis des Gutachters auf die Möglichkeit von krankheitsfremden Faktoren oder Verdeutlichungstendenzen sowie die Validierung von geklagten Schmerzen anhand der Verhaltenswährend der Begutachtung keine Voreingenommenheit, da es sich dabei um entscheidenderhebliche Feststellungen handelt. Sodann sind den Akten auch sonst keine Hinweise zu entnehmen, die den Schluss zulassen, dass sich Dr. med. D.\_\_\_\_\_ bereits im Vorfeld eine feste Meinung über den Ausgang des Verfahrens gebildet hätte und seine Beurteilung daher bewusst zu Gunsten der Vorinstanz ausgefallen sein könnte (BGE 134 I 238 E. 2.1 S. 240 mit Hinweisen). Nach dem Gesagten ist der Vorwurf der Befangenheit von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nicht stichhaltig.

## 7.

Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, es sei entgegen der Auffassung der Vorinstanz auf das beweistaugliche Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ abzustellen. Das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ leide an inhaltlichen Mängeln.

### 7.1 Die relevante medizinische Aktenlage präsentiert sich wie folgt:

**7.1.1** Im ärztlichen Gutachten zu Händen der Deutschen Rentenversicherung I.\_\_\_\_\_ vom 5. Juni 2011 (IV-act. 23-1 ff.) nannte Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Ärztin für Neurochirurgie und Psychiatrie folgende Diagnosen: Chronifiziertes Wirbelsäulensyndrom mit Hinweisen auf radikuläre Symptomatik L5/S1 (ICD-10: M51.1; IV-act. 23-11). Zusammenfassend kam sie im Wesentlichen zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Erkrankung mit Krankheitswert festgestellt werden könne. Der Beschwerdeführer klagte über ständige Rückenschmerzen und sei in seiner Fortbewegungsmöglichkeit erheblich eingeschränkt. Die Untersuchung ergebe eine deutliche Bewegungseinschränkung im Bereich der Lendenwirbelsäule. Neurologisch finde sich eine Hypästhesie und Hypalgesie am linken Unterkiefer sowie Hypästhesie und Hypalgesie an beiden Beinen, rechtsbetont in L5/S1. Der Zehenheber rechts weise eine geringgradige Kraftminderung auf. Betreffend die somatischen Beschwerden bedürfe es aufgrund der anamnestischen Angaben jedoch weiterer Abklärung. Ihres Erachtens müsse geklärt werden, ob und in welche Umfänge Bandscheibenvorfälle im lumbalen Bereich beziehungsweise eine Spinalkanalstenose vorhanden seien. Aus nervenärztlicher Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, leichte körperliche Tätigkeiten mit zeitlicher Einschränkung durchzuführen. Ebenso könnten Verwaltungsaufgaben mit zeitlicher Einschränkung übernommen werden (IV-act. 23-11 f.). Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit schätzte Dr. med. Reinicke auf drei bis unter sechs Stunden pro Tag (IV-act. 23-13).

**7.1.2** Am 16. Juni 2011 verfasste Dr. med.K.\_\_\_\_\_, Internist, Sportmedizin, ein ärztliches Gutachten zu Händen der Deutschen Rentenversicherung I.\_\_\_\_\_ (IV-act. 24-1 ff.). Darin wurden folgende Diagnosen genannt (IV-act. 24-5): Chronisches LWS-Syndrom (ICD 10: M54.5G); Hyperuricämie mit rez. Arthritis urica (ICD 10: E79.9G); Lipidstoffwechselstörung mit Hypercholesterinämie und Hypertriglyceridämie (ICD 10 E78.2 G); Hepatopathie (ICD 10: K71.9G). Insgesamt würden die Beschwerden hinsichtlich der Lendenwirbelsäule und der Gelenke überwiegen. Es seien bei der Untersuchung schmerzhaft eingeschränkte

kungen im Bereich der LWS bei Lageänderungen aufgefallen. Hinsichtlich der Gelenkschmerzen sei ein erhöhter Harnsäurewert aufgefallen. Deformierungen der Gelenke und Funktionseinschränkungen würden nicht vorliegen. Eine medikamentöse Therapie mit Allopurinol sei indiziert. Zusammenfassend kam Dr. med. K.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer seine zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitglied der Geschäftsleitung aus internistischer Sicht sechs Stunden und mehr ausüben könne. Es bestünden jedoch Einschränkungen wegen orthopädischer Beschwerden. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könnten leichte Tätigkeiten verrichtet werden. Eine Arbeitshaltung zeitweise im Sitzen, Stehen und Gehen sei möglich (IV-act. 24-6). Eventuell müsse noch ein Gebietsgutachten Orthopädie angefertigt werden (IV-act. 24-5).

**7.1.3** Im Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, wurden folgende Diagnosen genannt (act. 63-9): Degeneratives LWS-Syndrom mit sensiblem Wurzelreiz L5 und S1 links; (knöchernes) Impingement beide Schultern; degeneratives HWS-Syndrom; BWS-Syndrom; Coxarthrose beidseits; Gonarthrose beidseits; pAVK beide Beine. Der Beschwerdeführer würde über heftige Beschwerden seitens der Wirbelsäule klagen. Es finde sich ein fortgeschrittenes degeneratives LWS-Syndrom mit sensiblem Wurzelreiz L5 und S1 links. Die Beschwerden seien durch das Vorliegen eines ausgeprägten Muskelhartspannes glaubhaft. Die Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule sei erheblich. Daneben bestünde eine pAVK beider Beine, die rechts durch eine Dilatation gemildert sei. Ein entsprechender Eingriff stehe links an. Die vom Beschwerdeführer geschilderten "Gichtanfälle" könnten nicht nachvollzogen werden, da keinerlei Gelenkentzündungen darstellbar seien. Er sei nicht mehr in der Lage, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Geschäftsleitung einer mittelständischen Firma als Betriebsleiter auszuüben. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei er nicht mehr in der Lage, auch nur leichte körperliche Tätigkeiten unter drei Stunden täglich auszuüben (IV-act. 63-10).

**7.1.4** Am 4. Juni 2012 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, FHM Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, Manuelle Medizin SAMM, Neuraltherapie OAK untersucht und begutachtet (IV-act. 112). Im Gutachten vom 11. Juni 2012 konnte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ keine Diagnosen mit langandauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Ohne langandauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen genannt: Chronisches lumbospondylogenes Syndrom (nicht ausreichend somatisch abstützbar; nicht-dermatombezogene

Hyposensibilität für ausschliesslich taktile Reize im Bereich der Aussen-  
seite des rechten Oberschenkels, des ganzen rechten Unterschenkels  
und der Aussenseite des linken Unterschenkels bei allseits normalem La-  
ge- und Vibrationssinn; leichtradige Osteochondrose von LWK5/SWK1;  
altes radikuläres Ausfallsyndrom S1 rechts [ASR-Verlust]; Schlafstörun-  
gen); chronisch rezidivierende Gicht-Arthropatie; chronisch obstruktive  
Pneumonie; anhaltender Nikotinkonsum, derzeit Pfeifenrauchen (bis 2006  
circa 80 pack years Zigaretten); peripher arterielle Verschlusskrankheit;  
gestörte Gluconeogenese; radiologisch Coxarthrosen; radiologisch Go-  
narthrose rechts; anamnestisch Reizmagen-Syndrom (IV-act. 112-7). Zu-  
sammenfassend kam Dr. med. D.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Be-  
schwerdeführer in den früher in der Schweiz im administrativen Bereich  
ausgeübten beruflichen Tätigkeiten aus rein somatisch-rheumatologischer  
Sicht zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen sei. Eine  
zeitlich limitierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne für wenige Ta-  
ge aufgrund einer Gicht-Arthritis oder der im November 2011 durchge-  
führten operativen Behandlung der peripheren Verschlusskrankheit für  
zwei bis maximal drei Wochen bestanden haben. Für Haushaltarbeiten  
mit einem leicht- bis mittelgradig belastendem Arbeitsprofil, könne aus  
rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt keine Einschränkung  
formuliert werden.

## **8.**

Zu prüfen ist, ob das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ auch inhaltlich  
vor Bundesrecht standhält, wobei zur Plausibilisierung des Gutachtens  
auch die generell formulierten Anforderungen an medizinische Gutachten  
und insbesondere die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft zur  
Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen, Arbeits-  
gruppe Versicherungsmedizin (vgl. Leitlinien der SGR zur Begutachtung  
rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen, *in*: Schweizerische Ärz-  
tezeitung, 2007, Seite 735 - 742; *nachfolgend*: Leitlinien Rheumatologie),  
heranzuziehen sind.

**8.1** Dr. med. D.\_\_\_\_\_ stützt seine Beurteilung auf sämtliche Vorakten,  
die persönliche Befragung des Beschwerdeführers und die rheumatologi-  
sche Untersuchung vom 4. Juli 2012 (IV-act. 112-1 ff.). Als Facharzt  
Rheumatologie und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM erfüllt er  
zudem die fachlichen Voraussetzungen eines Sachverständigen gemäss  
der Leitlinien Rheumatologie (Leitlinien Rheumatologie, a.a. O., S. 736).

**8.2** Für den Beschwerdeführer stünden Schmerzen im unteren Rückenbereich mit diffuser Ausstrahlung ins rechte Bein und die Gelenkschmerzen im Vordergrund. Wegen dieser Beschwerden könne er sich die erneute Ausübung einer beruflichen Tätigkeit nicht mehr vorstellen (IV-act. 112-3). Es werde eine nicht-dermatombezogene Hypersensibilität ausschließlich für taktile Reize der Beine, rechtsbetont geschildert. Da die Muskelkraft und die Muskeltrophik allseits normal seien, könne er die partiell geschilderten Sensibilitätsstörungen der Beine vordergründig jedoch nicht auf ein bekanntes somatisch-rheumatologisch-neurologisches Krankheitsbild abgestützt werden. Sodann bestünde ein altes diskretes radikuläres Ausfallsyndrom der Wurzel S1 rechts. Eine relevante Läsion dieser Wurzel könne nicht vorliegen, weil die vom S1-Myotom versorgte Muskulatur keine Muskelhypothropie und keine Parese aufweise. Da die Nervendehnungsteste allseits negativ seien, gehe er von einem alten diskreten radikulären Ausfallsyndrom der Wurzel S1 rechts aus. Dieser Befund könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (IV-act. 112-10). An den oberen Extremitäten könne kein klinisch-physiologischer Befund und kein Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung objektiviert werden. Sämtliche Gelenke könnten beidseits frei bewegt werden. Es bestünden keine Hinweise auf ein subacromiales Sehneneinklemmungsphänomen oder auf die Läsion der Rotatorenmanschette. Die Röntgenaufnahmen der Schultern dokumentierten beidseits normale Befunde (IV-act. 112-10). Im Bereich der Wirbelsäule schildere der Beschwerdeführer die Bewegungen aller axialen Bewegungssegmente in allen Ebenen ausschließlich lumbal als schmerzhaft. Die lumbalen Bewegungen würden in allen Ebenen als circa gleich schmerzhaft eingestuft, unabhängig davon, in welcher Körperhaltung die Untersuchung erfolge. Dies weise auf vordergründig nicht-somatisch abstützbare Beschwerden hin, da zu erwarten sei, dass eine Bewegungsrichtung eindeutig schmerzhafter geschildert werde als die andere. In der klinischen Untersuchung könnten cervical allseits freie Bewegungsamplituden und thorakal und lumbal allseits zu 1/3 eingeschränkte Bewegungsamplituden objektiviert werden. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der ganzen Wirbelsäule werde ausschließlich lumbal als schmerzhaft beschrieben, ohne dass ein korrelierender Weichteilbefund, wie beispielsweise eine Myogelose oder ein Triggerpunkt objektiviert werden könnte. Anamnestisch und klinisch bestünden keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder auf eine Irritation/Kompression des Gefäss-Nervenbündels, zum Beispiel im Sinn einer Thoracic-Outlet-Komponente. In den Röntgenaufnahmen der Hals-, Brust- und der Lendenwirbelsäule kämen Ossifikatio-

nen des vorderen Längsbandes zur Darstellung, die, bei jeweils unauffälligem Intervertebralraum, mit einer metabolischen Störung vom Typus der diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose vereinbar seien. Da der Beschwerdeführer seit dem Herbst 2010 keine bei diesem Befund zu erwartende Beschwerden schildere und die Rückenbeschwerden vorwiegend nicht thorakal geschildert würden, habe er Mühe derzeit von einer vordergründigen symptomatischen diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose auszugehen. Die Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule dokumentierten zudem eine als altersentsprechend einzustufende leichtgradige Osteochondrose von HWK6/7, die nicht mit einer Bewegungseinschränkung einherginge. Zudem bestünde eine leichtgradige Osteochondrose im lumbosakralen Bewegungssegment. Solche Arthrosen könnten, müssten jedoch nicht symptomatisch werden. Derartige phasenweise bestehenden Rückenschmerzen seien vom Beschwerdeführer bis zum Sommer 2010 geschildert worden. Bis zu diesem Zeitpunkt seien somatisch ansetzende Therapiemassnahmen mit Erfolg durchgeführt worden. Insofern könne bis zum Sommer 2010 von somatisch abstützbaren Beschwerden ausgegangen werden (IV-act.112-10 f.). An den unteren Extremitäten sei die aktive und passive Beweglichkeit der Hüftgelenke beidseits frei. Das Röntgenbild dokumentiere altersentsprechende Befunde mit höchstens einer leichtgradigen, altersentsprechenden lateralen Coxarthrose beidseits. Die radiologischen Befunde der Kniegelenke seien als altersentsprechend einzustufen. Summarisch sei eine leichtgradige Arthrose des rechten Kniegelenks dokumentiert (IV-act. 112-11 f.). Seit Jahren beklage der Beschwerdeführer schmerzhaftes Gelenksschwellungen im Bereich der Hände, der Knie und der Füße. Die bis anhin wiederholt eingetretenen Gicht-Arthritiden hätten nicht zu einer relevanten Strukturschädigung eines peripheren Gelenks geführt. Ferner werde der Beschwerdeführer bezüglich seiner rezidivierenden Gicht-Arthritiden nicht optimal behandelt, sodass therapeutische Optionen bestünden. Sodann sei die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Anfallsfrequenz der Gichtattacken mangels entsprechender Dokumente nicht überprüfbar (IV-act. 112-12 f.). Zusammenfassend beurteilte er die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf objektivierbare somatopathologische Befunde abstützbar. Hinweise auf eine psychosomatische oder psychiatrische Affektion seien jedoch nicht vordergründig (IV-act. 112-13).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit kam Dr. med. D.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen zum Schluss, dass die zuletzt in der Schweiz ausgeübte Tätigkeit

einer administrativen Tätigkeit entspreche, die hinsichtlich der körperlichen Belastung als höchstens leichtgradig einzustufen sei (IV-act. 112-15). In dieser Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen (IV-act. 112-16).

**8.3** Vorab ist festzuhalten, dass Dr. med. D.\_\_\_\_\_ – und überdies auch die Vorinstanz – die berufliche Anamnese des Beschwerdeführers nur unvollständig und ungenügend erhoben hat. Der gelernte Maschinenbauingenieur war im Zeitraum 1985 bis 2006 überwiegend als selbstständiger Unternehmensberater für klein und mittelständige Betriebe tätig. Lediglich zwischenzeitlich, nämlich von 2001 bis 2003, war er als Disponent, Leiter Produktion und Logistik sowie später als Mitglied der Geschäftsleitung in einer schweizerischen Unternehmung angestellt (IV-act. 88-2, 112-4). Diese Tätigkeit hat der Beschwerdeführer nicht aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben. Vielmehr wurde das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt (IV-act. 36-8). Danach kehrte er offenbar wieder in die selbstständige Tätigkeit als Unternehmensberater (Beratung, Konstruktion und Entwicklung) zurück, welche er nach seinen eigenen Angaben im Jahr 2006 offenbar aus gesundheitlichen Gründen aufgeben musste. Zu den konkreten Arbeitsanforderungen in der selbstständigen Tätigkeit als Unternehmensberater hat Dr. med. D.\_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nicht befragt, obwohl die Erhebung der beruflichen Anamnese ein wesentlicher Bestandteil einer Begutachtung bildet (vgl. Leitlinien Rheumatologie, a.a.O., S. 739). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit basiert nämlich nicht nur auf der eruierten Belastungstoleranz, sondern wesentlich auch auf der Kenntnis der Arbeitsanforderungen. Der begutachtende Arzt muss sich ein Bild über die Arbeit seines Patienten machen. Dazu gehört die korrekte Berufsbezeichnung und die Stellung im Betrieb, die Benennung der Arbeitsaufgaben und die Bezeichnung allfälliger (in Bezug auf Belastungsspitzen oder Beschwerdezunahme) relevanter kritischer Einzelaufgaben und deren zeitliche Relevanz mit Bezug auf einen typischen Arbeitstag (OLIVERI MICHAEL, KOPP HG, STUTZ KLAUS, KLIPSTEIN ANDREAS, ZOLLIKOFER JÜRIG, Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit (2006), Teil 2, in: Swiss Medical Forum, S. 428). Eine solche berufliche Anamnese betreffend die selbstständige Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers als Unternehmensberater hat Dr. med. D.\_\_\_\_\_ offenkundig nicht erhoben. Vielmehr hat er seine Arbeitsfähigkeitsschätzung einzig auf die vom Beschwerdeführer von 2001 bis 2003 in der Schweiz ausgeübte Tätigkeit bezogen, wobei im Gutachten auch die diesbezüglichen konkreten Ar-

beitsanforderungen im vorstehend erwähnten Sinn nicht festgehalten wurden (vgl. IV-act. 112-3). Mithin beschränkt sich die Erhebung der Erwerbsbiographie nur auf rudimentäre Angaben (Disponent, Leiter Produktion und Logistik, Mitglied der Geschäftsleitung, Beratung, Konstruktion und Entwicklung), welche ohne Kenntnis der jeweiligen konkreten Arbeitsanforderungen, die Beurteilung der Einschränkung im erwerblichen Bereich nicht zulassen. Unter diesen Umständen erscheint es nicht statthaft weder die zuletzt in der Schweiz ausgeübte Tätigkeit noch die Tätigkeit als Unternehmensberater mit einer rein administrativen, leichtgradigen Tätigkeit gleichzusetzen.

Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer seit 2006 nicht mehr erwerbstätig ist, sodass die Erfassung seines Tagesablaufs zusätzliches Gewicht erhält. Gemäss den Leitlinien Rheumatologie bringt die minutiöse Erfassung des Tagesablaufs wichtige Hinweise auf die Auswirkungen des Leidens in den verschiedenen Lebensbereichen (Leitlinien Rheumatologie, a.a.O., S. 738). Bei dem alleinstehenden Beschwerdeführer drängt sich zwangsläufig die Frage auf, ob er die täglichen Verrichtungen im und um den Haushalt selber bewältigen kann beziehungsweise, welche Einschränkungen sich dabei bemerkbar machen. Solche Erhebungen sind im besagten Gutachten ebenfalls nicht zu finden.

**8.4** Zusammenfassend erweisen sich die Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Tagesablauf als ungenügend, um als Beurteilungsgrundlage für die Auswirkungen von gesundheitlichen Einschränkungen dienen zu können. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass diesbezüglich auch die Vorinstanz keine genügende Abklärungen getätigt hat.

**8.5** Sodann vermag das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ auch aus nachfolgenden Gründen nicht zu überzeugen:

**8.5.1** Gemäss Anamnese stehen beim Beschwerdeführer neben Gelenkschmerzen insbesondere Schmerzen im unteren Rückenbereich mit Ausstrahlung in die Beine rechtsbetont im Vordergrund. Seit Herbst 2010 bestünden diese Schmerzen täglich, wobei entzündungshemmende Medikamente und Physiotherapie nicht mehr geholfen hätten (IV-act. 112-2). Dr. med. D. \_\_\_\_\_ kam betreffend die Beschwerden im unteren Rückenbereich im Wesentlichen zum Schluss, dass diese vordergründig nicht somatisch abstützbar seien. Bei diesem Ergebnis wäre vom Gutachter zu erwarten gewesen differenzialdiagnostisch zu den geklagten Beschwerden Stellung zu nehmen und allenfalls ergänzende medizinische

Abklärungen in Erwägung zu ziehen. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ führte zwar aus, er habe aus differenzialdiagnostischen Überlegungen Röntgenaufnahmen durchgeführt. Weitere substantiierte Angaben zu differenzialdiagnostischen Überlegungen finden sich im Gutachten jedoch nicht. Vielmehr verwies er einzig auf krankheitsfremde Gründe und fügte an, eine psychosomatische oder psychiatrische Affektion sei nicht vordergründig, wobei die Formulierung "nicht vordergründig" das Vorliegen einer psychosomatischen oder psychiatrischen Komponente gerade nicht ausschliesst (IV-act. 112-13). Eine weitergehende Auseinandersetzung mit dem psychischen Zustand des Beschwerdeführers zwecks Abklärung allfälliger ergänzender fachärztlicher Untersuchungen, wäre vorliegend auch aufgrund von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ Hinweis auf eine depressive Stimmungslage sowie Dr. med. K.\_\_\_\_\_ Hinweis auf Herzschmerzen mit Angstzuständen bei kardiologisch unauffälligem Befund, geboten gewesen (vgl. IV-act. 41-3 f. 63-6). Hinzu kommt, dass gerade bei allfällig nicht objektivierbaren Schmerzen, ergänzende psychiatrische Abklärungen regelmässig angezeigt erscheinen.

**8.5.2** Betreffend die Objektivierbarkeit der Beschwerden im unteren Rückenbereich fällt sodann auf, dass Dr. med. D.\_\_\_\_\_ insbesondere bei der Sichtung der Röntgenaufnahmen der LWS zu einer im Vergleich zum Vorgutachten abweichenden Befundung der selben Röntgenaufnahme gelangt ist. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ nannte im Gutachten vom 23. November 2011 betreffend das Röntgenbild der LWS folgende Befunde (IV-act. 63-8): Diskrete Beinverkürzung rechts; angedeutete Linksskoliose; seitliche Spondylose L2-L5; ausgeprägt L5/S1; in der Seitenaufnahme verminderte Lordose; Retrolisthese L5 mit starker Verschmälerung des ZWR L5/S1; leichte ventrale Keilform aller LWK mit geringer ventraler Spondylose; durchgehende Spondylarthrose. Demgegenüber hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ folgende bildgebende Befunde fest (IV-act. 112-6): Leichtgradige Osteochondrose von LWK5/SWK1; leichtgradige Ossifikation der vorderen Längsbandstrukturen auf Höhe von LWK1 bis 3, bei jeweils unauffälligem Intervertebralraum daselbst, vereinbar mit metabolischer Störung vom Typus der diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose; Iliosakralgelenke unauffällig; Gefässsklerose der Bauchgefässe. Für den medizinischen Laien ist eine derartige Diskrepanz in der Befundung der selben Röntgenaufnahme nicht nachvollziehbar, zumal auch Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Orthopäde/Chirotherapie, im Bericht vom 14. September 2011 bildgebend eine Verengung des Spinalkanals L5 feststellte und die entsprechende Diagnose nannte (IV-act. 42). Somit herrscht bereits über das Ausmass der degenerativen Veränderungen im unteren Rückenbe-

reich sowie deren exakte Diagnose Unklarheit. Insofern vermag die Feststellung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, die geklagten Beschwerden im unteren Rückenbereich mit Ausstrahlung in die Beine rechtsbetont, seien somatisch nicht abstützbar nicht zu überzeugen. Vielmehr bedarf es dazu weiterer radiologischer Abklärungen. Unter diesen Umständen ist zum Ausschluss einer Verengung des Spinalkanals L5 die Anfertigung eines Computertomogramms in Betracht zu ziehen. Dieses bildgebende Verfahren gilt zur näheren Differenzierung von degenerativen Wirbelsäulensyndromen sowie zur Diagnose des engen Spinalkanals als unentbehrliche Zusatzuntersuchung (HANS HERMANN MARX (Hrsg.), Medizinische Begutachtung, 6. Auflage, Stuttgart 1992, S. 369 f.). Die widersprüchliche Beurteilung der vorhandenen Röntgenaufnahmen, machen es in der erneuten Begutachtung notwendig, die Fachkunde eines Radiologen beizuziehen. Eine Diskrepanz der Beurteilung der unteren Rückenbeschwerden ergibt sich überdies auch aus den klinischen Befunden. Im Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ wurde eine erhebliche Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule festgehalten und die Beschwerden durch das Vorliegen eines ausgeprägten Muskelhartspannes als glaubhaft erachtet (IV-act. 63-9).

**8.5.3** Fraglich erscheint überdies die gutachtliche Aussage, der Hinweis auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden (im Bereich der Wirbelsäule), relativiere auch die Bedeutung von allenfalls objektivierbaren somatisch-pathologischen Beschwerden, was es bei der weiter unten geführten Diskussion zu berücksichtigen gelte (IV-act. 112-10). Der Rückschluss, dass aufgrund der (nach Ansicht des Gutachters) fehlenden Objektivierbarkeit der geklagten unteren Rückenbeschwerden auch die objektivierbaren Befunde per se in Frage zu stellen sind, ist nicht nachvollziehbar. Dies würde im Ergebnis darauf hinauslaufen, dass zwischen den Symptomen eine Kausalverknüpfung besteht und der Wegfall eines Symptoms auch zum Wegfall aller Symptome führen würde.

**8.5.4** Sodann führt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seiner abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus, dass eine zeitlich limitierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für wenige Tage aufgrund einer Gicht-Arthritis bestanden haben könnte (IV-act. 112-16). Gleichzeitig misst er der rezidivierenden Gicht-Arthritis – welche nach Angaben des Beschwerdeführers circa alle 14 Tage zu einer Gichtattacke führe (vgl. IV-act. 112-2) – jedoch keine Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Dies insbesondere mit der Begründung, der Beschwerdeführer werde diesbezüglich nicht optimal behandelt. Eine Medikation, beispielsweise mit täglicher Einnahme von Allopurinol, welche die Anfallshäufigkeit reduziere, sei bis anhin nicht

durchgeführt worden (IV-act. 112-12). Diese Aussage widerspricht jedoch dem Entlassungsbericht des Spitals M. \_\_\_\_\_ vom 27. April 2012, worin eine Dauertherapie mit Allopurinol festgehalten wurde (IV-act. 99-2). Auch im Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ wurde Allopurinol unter den Therapiemassnahmen aufgeführt (IV-act. 40-4). Insofern erscheint die therapeutische Option in Form der Behandlung mit Allopurinol gemäss Dr. med. D. \_\_\_\_\_ überholungsbedürftig. Inwiefern sich der Umstand der bereits bestehenden Behandlung mit Allopurinol auf die Beurteilung einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit der rezidivierenden Gicht-Arthritis auswirkt, kann vom medizinischen Laien nicht beurteilt werden und wird im Rahmen weiterer Abklärungen zu klären sein.

**8.6** Aus dem Gesagten ergibt sich, dass das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ die Anforderungen an ein nachvollziehbares und schlüssiges Gutachten nicht erfüllt, sodass nicht darauf abgestellt werden kann. Zunächst mangelt es an der Erhebung der beruflichen Anamnese samt der konkreten Arbeitsanforderungen in der vom Beschwerdeführer in der Schweiz ausgeübten Tätigkeit sowie der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als selbstständiger Unternehmensberater. Sodann herrscht über das Ausmass der degenerativen Veränderungen im unteren Rückenbereich sowie deren exakte Diagnose Unklarheit. Mithin ist die unterschiedliche Befundung der selben Röntgenaufnahme im Vergleich zum Vorgutachten für den medizinischen Laien nicht nachvollziehbar, zumal auch der klinische Befund diametral unterschiedlich beurteilt wurde. Insofern ist auch die von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ postulierte fehlende Objektivierbarkeit der geklagten Beschwerden in Frage zu stellen. Diesbezüglich wären zudem ergänzende psychiatrische Abklärungen angezeigt gewesen.

Anzufügen ist, dass offenbar auch die Vorinstanz nicht vollumfänglich auf das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ abgestellt hat. Mithin ging sie selbst in der angefochtenen Verfügung von einer Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Mitglied in der Geschäftsleitung von 20 % aus (IV-act. 131-2).

**8.7** Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann auch nicht auf das Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ abgestellt werden. Die Schlussfolgerungen in seinem Gutachten sind nämlich nur rudimentär begründet. Diese sind jedoch gerade das Kernstück eines Gutachtens, in dem die Entwicklung des Leidens, die Diagnosen und die differentialdiagnostischen Überlegungen erläutert und gewichtet werden. Dabei ist wichtig,

dass der Gutachter die Verbindung herstellt zwischen dem festgestellten Gesundheitsschaden (Funktionsstörung) und den Auswirkungen bezüglich Aktivität und Partizipation (vgl. Schweiz. Ärztezeitung, 2007; 88 17, S. 739). Mithin sind die Gedankengänge im Einzelnen darzulegen, aufgrund derer er zu seinen Schlussfolgerungen gelangt (vgl. Urteil des EVG I 99/05 vom 10. Juni 2005 E. 2. mit Hinweisen). An einer solchen substantiierten Darlegung der Gedankengänge mangelt es im Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_. Überdies bedarf es – wie sich aus vorstehenden Erwägungen ergeben hat – insbesondere betreffend die degenerativen Veränderungen im unteren Rückenbereich sowie auch in psychiatrischer Hinsicht ergänzende Abklärungen. Sodann fehlt auch in diesem Gutachten die Erhebung der beruflichen Anamnese mitsamt der konkreten Arbeitsanforderungen in den vom Beschwerdeführer ausgeübten Tätigkeiten.

## **9.**

**9.1** Zusammengefasst ist festzuhalten, dass eine zuverlässige Beurteilung des Invaliditätsgrades gestützt auf die vorhandenen Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit möglich erscheint. Entsprechend sind weitere medizinische und beruflicherwerbliche Abklärungen angezeigt. Vorliegend ist eine polydisziplinäre Begutachtung in somatischer, radiologischer und psychiatrischer Hinsicht erforderlich. Dabei wird eine ausführliche berufliche und soziale Anamnese zu erheben sein. Bei dieser Gelegenheit wird die Vorinstanz ebenfalls die Verwertbarkeit einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt bei fortgeschrittenem Alter unter Berücksichtigung der persönlichen und beruflichen Gegebenheiten zu prüfen haben (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1). Da aufgrund der ergänzenden psychiatrischen Begutachtung auch zusätzliche, bisher vollständig ungeklärte Fragen betroffen sind, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen (BGE 137 V 210 ff, E. 4.4.1 ff.). Anspruch auf die Wahl einer spezifischen Gutachterstelle, wie es der Beschwerdeführer für den Fall der Rückweisung zu weiteren Abklärungen beantragt hat, besteht jedoch nicht, zumal die Gutachterstelle bei polydisziplinären Begutachtungen nach dem Zufallsprinzip bestimmt werden. Im Rahmen der erneuten Begutachtung sind dem Beschwerdeführer indessen die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen.

**9.2** Soweit der Beschwerdeführer bei Obsiegen im Beschwerdeverfahren aufgrund der langen Bearbeitungsdauer sowie der von der Vorinstanz angeblich verursachten Verfahrensfehler die Zusprache einer Entschädi-

gung beantragt hat, ist darauf hinzuweisen, dass die sozialversicherungsrechtliche Gesetzgebung keine Rechtsgrundlage für eine solche Entschädigung kennt. Überdies war die Anordnung einer weiteren Begutachtung notwendig, da – wie sich vorstehend ergeben hat – das Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ noch keine abschliessende Beurteilung zulies. Insofern kann der Vorinstanz auch keine mutwillige Verfahrensverzögerung vorgeworfen werden. Auf den Antrag um Ausrichtung einer Entschädigung wird somit nicht eingetreten.

**9.3** Die Beschwerde ist somit teilweise gutzuheissen, soweit darauf einzutreten ist und die Sache ist zu weiteren Abklärungen im Sinn der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

## **10.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten sowie eine allfällige Parteientschädigung.

**10.1** Die Verfahrenskosten sind in der Regel von der unterliegenden Partei zu tragen. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt, sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Ebenso wenig sind bei der Vorinstanz Verfahrenskosten zu erheben (vgl. Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG; BGE 132 V 215 E. 6.1).

**10.2** Vor Bundesverwaltungsgericht obsiegende Parteien haben grundsätzlich Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihnen erwachsenen notwendigen Kosten (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 73.320.2]). Dem anwaltlich nicht vertretenen Beschwerdeführer sind nur verhältnismässig geringe notwendige Kosten entstanden, weshalb keine Parteientschädigung auszurichten ist (vgl. Art. 7 Abs. 4 VGKE).

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

### **1.**

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen, soweit darauf einzutreten ist und die Sache wird zur weiteren Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zur anschliessenden neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. \_\_\_\_\_)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

David Weiss

Matthias Burri-Küng

**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 den Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) gegeben sind. Die Rechtschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: