



---

Abteilung III  
C-1741/2014

## **Urteil vom 28. April 2016**

---

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),  
Richter Vito Valenti, Richter David Weiss,  
Gerichtsschreiberin Barbara Camenzind.

---

Parteien

**X.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch Dr. iur. Reinhard Pitschmann, Rechtsanwalt,  
Werdenbergerweg 11, Postfach 483, LI-9490 Vaduz,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Invalidenrente  
(Verfügung vom 25. Februar 2014).

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

**A.a** Der am (...) geborene österreichische Staatsangehörige X. \_\_\_\_\_ (im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer) war seit 20. Juni 1988 als Produktionsmitarbeiter bei der A. \_\_\_\_\_ AG in (...) (im Folgenden: Arbeitgeberin) in der Eigenschaft als Grenzgänger beschäftigt. Nachdem er aufgrund von Rückenschmerzen vom 4. bis 14. Dezember 2011 krankgeschrieben war, erfolgte am 14. Oktober 2011 eine Distraktions-spondylodese L3/L4, woraufhin er arbeitsunfähig wurde (Akten [im Folgenden: IV-act.] der IV-Stelle SG und der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz] 2; 17; 6; 8; 98, S. 38).

**A.b** Mit Antrag vom 24. Februar 2012 meldete die Arbeitgeberin den Versicherten bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen, IV-Stelle (im Folgenden: IV-Stelle SG) aufgrund von Rückenbeschwerden zur Früherfassung an; das entsprechende Formular ging am 29. Februar 2012 ein. Der Versicherte meldete sich mit dem Formular "berufliche Integration/Rente" ebenfalls bei der IV-Stelle SG zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1, 5).

**B.**

**B.a** Die IV-Stelle prüfte daraufhin im Rahmen einer Frühinterventionsmassnahme die Möglichkeiten zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit am angestammten Arbeitsplatz und nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Nachdem die erforderlichen medizinischen Berichte (IV-act. 2, 3, 19, 21), der Fragebogens für den Arbeitgeber (IV-act. 17, S. 1 – 7), diverse Lohnabrechnungen (IV-act. 17, S. 16 – 41), Krankmeldungen (IV-act. 17, S. 8 – 15) sowie die massgebenden Abklärungen betreffend beruflichen Massnahmen (IV-act. 3, 14, 24, 25) vorlagen, gab Dr. B. \_\_\_\_\_, Facharzt des regionalen ärztlichen Dienstes Ostschweiz (RAD) in seinem Bericht "RAD Fallübersicht FI" vom 4. Februar 2013 an, dass für die angestammte Tätigkeit ab 21. November 2012 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe (IV-act. 26). In der Folge sprach die IV-Stelle SG dem Versicherten am 5. Februar 2013 eine Arbeitsplatzanpassung in Form von zwei Stehhilfen zu (IV-act. 23, 27, 30).

**B.b** Am 15. März 2013 erfolgte eine Verlängerung der Spondylodese auf L5/S1 mit einer Cageimplantation (IV-act. 34). Der Versicherte war im Anschluss im Frühjahr 2013 aufgrund starker Rückenschmerzen erneut zu

100 % arbeitsunfähig, sodass die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis auf Ende Juni 2013 mit Wirkung per 31. August 2013 auflöste (IV-act. 33, 46). Der Versicherte gab nun an, infolge seiner Schmerzen nicht in der Lage zu sein, an weiteren beruflichen Massnahmen teilzunehmen und verlangte eine Überprüfung seiner Ansprüche auf eine Invalidenrente (IV-act. 47, Strategie-Protokoll der IV-Stelle SG).

**B.c** Mit Mitteilung vom 24. Juli 2013 informierte die IV-Stelle SG den Versicherten dahingehend, dass die Eingliederungsberatung abgeschlossen sei, kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe und der Anspruch auf Rentenleistungen geprüft werde (IV-act. 51). Zwischenzeitlich gingen bei der IV-Stelle SG weitere medizinische Dokumente aus Österreich (IV-act. 34, 41, 45) ein, welche erneut Dr. B.\_\_\_\_\_ vorgelegt wurden. Nach deren Überprüfung hielt der RAD-Arzt in seinem auf den 23. Juli 2013 datierten Bericht "RAD Fallübersicht Eingliederung" (IV-act. 49) am 7. Juni 2013 fest, dass ab Juni 2013 in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % bestehe. Am 24. Juni 2013 gab Dr. B.\_\_\_\_\_ an, dass der Versicherte in einer optimal rückenadaptierten Tätigkeit (Wechselbelastung, kein Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, keine Zwangshaltungen) zu 100 % arbeitsfähig sei. Am 22. Juli 2013 wurde festgestellt, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit nicht arbeitsfähig sei. Nach Erstellung des Einkommensvergleichs am 22. August 2013 (IV-act. 54) wurde dem Versicherten mit Vorbescheid vom 30. August 2013 bei einem IV-Grad von 31 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht gestellt (IV-act. 60).

**B.d** Nachdem der Versicherte sich am 24. August 2013 bei der IV-Stelle SG betreffend eine Rentenprüfung in Österreich erkundigt hatte, empfahl diese ihm, in Österreich ebenfalls eine Anmeldung für Rentenleistungen einzureichen (IV-act. 61, S. 2 f.). Das vom österreichischen Sozialversicherungsträger am 6. September 2013 unterzeichnete Formular E 204 AT (IV-act. 101) ging am 10. September 2013 zusammen mit weiteren Unterlagen bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (im Folgenden: SAK) ein. In der Folge forderte die Vorinstanz den Versicherten mit Schreiben vom 5. Dezember 2013 (IV-act. 113) auf, die für die Prüfung des Leistungsgesuchs erforderlichen Unterlagen einzureichen. Nach Eingang der Fragenbögen für den Versicherten (IV-act. 116), den Arbeitgeber (IV-act. 118), des Bescheids der Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle Vorarlberg vom 17. Dezember 2013 (IV-act. 114) sowie weiterer medizinischer Unterlagen und Dokumente (IV-act. 111, 116, S. 8; 117 f., 118) übermittelte die Vor-

instanz mit Schreiben vom 22. Januar sowie 12. Februar 2014 das Leistungsgesuch sowie die eingereichten Unterlagen zuständigkeithalber an die IV-Stelle SG (IV-act. 121 f., 126) zur weiteren Behandlung.

**B.e** Mittlerweile brachte der Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt Pitschmann, am 2. Oktober 2013 bei der IV-Stelle SG seine Einwände zum Vorbescheid vom 30. August 2013 vor und reichte diverse medizinische Berichte ein (IV-act. 62 bis 66), welche erneut Dr. B.\_\_\_\_\_ vorgelegt wurden. Der RAD-Arzt gab in seiner Stellungnahme vom 28. Oktober 2013 (IV-act. 67) an, dass daraus keine neue medizinische Erkenntnisse seit seiner letzten Beurteilung vom 23. Juli 2013 hervorgingen und sich an der bisherigen versicherungsmedizinischen Beurteilung nichts geändert habe. In der Folge forderte die IV-Stelle SG den Rechtsvertreter mit Schreiben vom 29. Oktober sowie vom 11. Dezember 2013 (IV-act. 68, 69) auf, ihr zusätzliche medizinischen Unterlagen – insbesondere das Gutachten im Auftrag der Pensionsversicherungsanstalt – zuzustellen, woraufhin dieser mit Schreiben vom 17. und 22. Januar 2014 einen Kurzbericht des Allgemeinarztes Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 14. Januar 2014, einen Karteiausdruck von Dr. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, sowie einen Befund von Dr. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 17. Januar 2014 einreichte und beantragte, ein Sachverständigengutachten einzuholen (IV-act. 70 bis 74). Die medizinischen Unterlagen wurden erneut Dr. B.\_\_\_\_\_ vorgelegt. Dieser hielt in seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2014 (IV-act. 75) an seiner Beurteilung vom 28. Oktober 2013 fest, woraufhin die Vorinstanz am 25. Februar 2014 eine Verfügung erliess, welche inhaltlich dem Vorbescheid vom 30. August 2013 entsprach (act. 1, Beilage 1; IV-act. 76).

### **C.**

Gegen die Verfügung vom 25. Februar 2014 liess der Beschwerdeführer beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 2. April 2014 (Poststempel) Beschwerde (act. 1) erheben und sinngemäss beantragen, es sei die Verfügung vom 25. Februar 2014 aufzuheben, ein Invaliditätsgrad von mindestens 70 % anzuerkennen und eine ganze Rente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur neuen Beurteilung unter Einholung weiterer Sachverständigengutachten an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zur Begründung wurde zusammengefasst geltend gemacht, der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig; er könne aufgrund massiver körperlicher Beschwerden weder sitzend noch stehend arbeiten. Er sei gehalten, starke, opiathaltige Medikamente in erhöhter Dosis einzunehmen. Unter dem Einfluss der Medikamente sei die Zurechnungs- und Reaktionsfähigkeit stark

beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer leide an Konzentrationsstörungen, Schwindel, Verwirrtheit, Schlafstörungen, Schläfrigkeit und Schwächezuständen. Die angefochtene Verfügung lasse die erforderliche Medikamentenschmerztherapie und deren massive Auswirkungen völlig unberücksichtigt. Im Weiteren wurde ausgeführt, beim Landesgericht (...) sei ein Verfahren gegen die Pensionsversicherungsanstalt in Österreich anhängig, auf dessen Verlauf und Ergebnisse Rücksicht zu nehmen sei.

**D.**

Mit Zwischenverfügungen vom 9. April resp. 25. April 2014 wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Nichteintreten auf die Beschwerde) aufgefordert, innert Frist die Beschwerdeschrift zu unterzeichnen sowie ein gültige Vollmacht einzureichen (act. 2 bis 6). Dieser Aufforderung kam er am 8. Mai 2014 nach (act. 7).

**E.**

In ihrer Vernehmlassung vom 8. Juli 2014 (act. 9) beantragte die Vorinstanz mit Verweis auf die von der IV-Stelle St. Gallen eingeholten Stellungnahme vom 3. Juli 2014 die Abweisung der Beschwerde. In der Stellungnahme der IV-Stelle St. Gallen wurde im Wesentlichen ausgeführt, der RAD-Arzt Dr. B. \_\_\_\_\_ habe alle medizinischen Unterlagen, sowohl jene aus dem Antrags- und Einwandverfahren als auch die nachträglich eingereichten Unterlagen, hinreichend gewürdigt. Seine Angaben seien nachvollziehbar. Eine Einschränkung aufgrund der Rückenbeschwerden sei in einer rückenadaptierten Tätigkeit nicht ausgewiesen.

**F.**

Mit Zwischenverfügung vom 15. Juli 2014 (act. 10 und 11) wurde der Beschwerdeführer – unter Hinweis auf die Säumnisfolgen – aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten; dieser Betrag wurde am 5. August 2014 zu Gunsten der Gerichtskasse überwiesen (IV-act. 13).

**G.**

Mit der ans Bundesgericht eingereichten und von diesem mit Schreiben vom 18. August 2014 (act. 13) zuständigkeitshalber ans Bundesverwaltungsgericht weitergeleiteten Replik vom 5. August 2014 liess der Beschwerdeführer an seinem Antrag auf Ausrichtung einer Invalidenrente von 100 % (recte: ganzen Rente) festhalten und folgende Unterlagen nachreichen: ein Hauptgutachten von Dr. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie

und orthopädische Chirurgie, vom 28. April 2014; ein Sachverständigen-gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_, Internist, vom 8. Mai 2014 sowie ein urologisches Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie und Andrologie, vom 4. Mai 2014. Ergänzend wurde zusammengefasst ausgeführt, dass der Versicherte unter massiven psychischen Beschwerden leide und wegen Depressionen in ärztlicher Behandlung sei. Zudem leide er an Schmerzen im linken Schultergelenk im Sinne eines Impingement-Syndroms. Ebenfalls habe er Schmerzen im linken Handgelenk, ein Taubheitsgefühl im linken Zeigefinger und Schmerzen in beiden Kniegelenken. In der Vernehmlassung sei lediglich ein Bruchteil der Beschwerden des Versicherten in die Grundlage der Entscheidung einbezogen worden. Es werde die Einholung eines fachärztlichen Gutachtens hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten sowie der Auswirkungen der Medikation beantragt.

#### **H.**

In ihrer Duplik vom 22. September 2014 (act. 15) hielt die Vorinstanz gestützt auf die Stellungnahme der IV-Stelle des Kantons St. Gallen vom 11. September 2014 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Zur Begründung wurde zusammengefasst ausgeführt, die Gutachter der neu eingereichten medizinischen Unterlagen bestätigten die von der Vorinstanz angenommene Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit. Gemäss den Angaben der Dres. F.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ seien weitere Gutachten nicht erforderlich.

#### **I.**

In seiner Triplik vom 27. Oktober 2014 (act. 17, 18) liess der Beschwerdeführer drei Befunde von Dr. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, datiert auf den 28. Februar, 3. April und 30. September 2014 zu den Akten reichen und zunächst die bereits in der Beschwerde und replikweise vorgebrachten Argumente wiederholen. Weiter wurde geltend gemacht, der Beschwerdeführer habe er sich ein akutes Magenleiden mit Refluxbeschwerden zugezogen und die Verdauung sei stark beeinträchtigt. Der überwiegend medikamentös verursachte Schwindel beeinträchtige seine Konzentrations- und Arbeitsfähigkeit enorm. Dies sei in den bisherigen ärztlichen Gutachten / Stellungnahmen unberücksichtigt geblieben, weshalb die Sache nicht entscheidungsreif sei. Es werde die Einholung eines pharmakologischen Gutachtens beantragt.

**J.**

Am 5. Mai 2015 (act. 20, Beilage 1) liess der Beschwerdeführer einen ärztlichen Bericht von Prim. Univ. Doz. Dr. Mag. J. \_\_\_\_\_ der Abteilung für Orthopädie des Landeskrankenhauses (...) vom 23. April 2013 beim Bundesgericht einreichen. Die Eingabe wurde mit Schreiben vom 8. Mai 2015 (act. 20) an das zuständige Bundesverwaltungsgericht weitergeleitet.

**K.**

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

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

**1.1** Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen vorliegen und auf die Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [Verwaltungsverfahrensgesetz; VwVG; SR 172.021]; BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

**1.2** Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) 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 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

**1.3** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 lit. d<sup>bis</sup> VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine

Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formell-rechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

**1.4** Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG; act. 71). Als primärer Adressat der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2014 ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

## **2.**

**2.1** Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet ein Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

**2.2** Der Beschwerdeführer war vor Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt als Grenzgänger für A.\_\_\_\_\_ AG in (...) als Produktionsmitarbeiter erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in (...). Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen war die kantonale IV-Stelle SG für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung sowie die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

## **3.**

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

**3.1** Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich

Überschreiten oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

**3.2** Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a). Für die Beurteilung des Rentenanspruches sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHl 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. hierzu z.B. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

**3.3** Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

**3.4** Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2; BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

**3.5** Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten zusätzliche Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3; BGE 124 V 90 E. 4b; zum Ganzen: Urteil des BGer 8C\_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

**3.6** Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verwaltungsverfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zurzeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein. Ausnahmsweise kann das Gericht aus prozessökonomischen Gründen auch die Verhältnisse nach Erlass der Verfügung

in die richterliche Beurteilung miteinbeziehen und zu deren Rechtswirkungen über den Verfügungszeitpunkt hinaus verbindlich Stellung beziehen. Eine solche Ausdehnung des richterlichen Beurteilungszeitraums ist indes nur zulässig, wenn der nach Erlass der Verfügung eingetretene, zu einer neuen rechtlichen Beurteilung der Streitsache ab jenem Zeitpunkt führende Sachverhalt hinreichend genau abgeklärt ist und die Verfahrensrecht der Parteien, insbesondere der Anspruch auf rechtliches Gehör, respektiert worden ist (BGE 130 V 138 E. 2.1).

**3.7** Der Beschwerdeführer besitzt die österreichische Staatsangehörigkeit und wohnt in Österreich, sodass 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 lit. 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 (25. Februar 2014) 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 Koordination 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).

**3.8** Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die vorliegend zu beurteilenden Leistungsansprüche nach den neuen Normen zu prüfen.

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 25. Februar 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]).

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (25. Februar 2014) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

#### **4.**

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 25. Februar 2014 das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

#### **5.**

**5.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). 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). 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 ATSG).

**5.2** Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten 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 (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig

(Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung setzt voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei (vollen) Jahren Beiträge geleistet worden sind.

**5.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung 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. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden 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 zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), ist vorliegend gegeben. Nach der Rechtsprechung des EVG stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

## **5.4**

**5.4.1** 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).

**5.4.2** 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 Beurtei-

lung 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). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHl 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

**5.4.3** Gemäss Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG steht der ärztliche Dienst der IV-Stelle zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Versicherungsinterne Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der medizinische Dienst für die Beurteilung der Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt der versicherungsinterne Arzt seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit kein Grund, um einen Bericht des medizinischen Dienstes in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je

mit Hinweisen). Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des BGer 8C\_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2). Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C\_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes 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 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

**5.5** Vorliegend hat die Vorinstanz das Rentengesuch des Beschwerdeführers mit der Begründung abgewiesen, es liege ein Invaliditätsgrad von 31 % vor, weshalb kein Rentenanspruch bestehe. Der Beschwerdeführer macht hingegen geltend, er sei zu 100 % arbeitsunfähig. Er ist der Auffassung, die Vorinstanz habe den Sachverhalt unvollständig und unrichtig festgestellt, indem sie weder den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers noch die Auswirkungen der Medikamentenschmerztherapie berücksichtigt habe. Allein aufgrund der Nebenwirkungen sei er nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Es sei lediglich ein Bruchteil der Beschwerden in die Grundlage der Entscheidung beigezogen worden. Er beantragte die Einholung sowohl eines pharmakologischen als auch eines psychiatrischen Sachgutachtens.

Vorab ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer während 292 Monaten Beiträge an die AHV/IV geleistet und somit die Mindestbeitragsdauer von drei Jahren erfüllt hat (IV-act. 110). Zu überprüfen bleibt die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung und in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

**5.6** Als Entscheidungsbasis in medizinischer Hinsicht dienen der Vorinstanz die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. B. \_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2013 (IV-act. 67) und vom 13. Februar 2014 (IV-act. 75). Diese medizinischen

Berichte sowie weitere ärztliche Berichte resp. Gutachten sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

**5.6.1** Im Rahmen der Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen wurde der Entlassungsbericht der K.\_\_\_\_\_ Privatklinik in (...) (IV-act. 2, S. 1; 66, S. 27) vom 20. Oktober 2011 vorgelegt. Daraus geht hervor, dass der Versicherte vom 13. Oktober 2011 bis 20. Oktober 2011 in der Abteilung für Neurochirurgie aufgenommen worden war. Es wurde die Diagnose chronische Lumbago mit pseudoradikulärer Ausstrahlung bei ausgedehnter Discopathie L3/L4, L4/L5 gestellt und als Therapie die Distractionsspondylodese L3/L4, L4/L5 mit Entfernung der Bandscheibe L3/L4, L4/L5 und der Implantation eines Käfigs der Dimension von 12 mm angegeben. Weiter wurde zusammengefasst ausgeführt, der Versicherte leide seit 2007 an wiederkehrenden Kreuzschmerzen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in beide Leisten. Es seien konservativ therapeutische Massnahmen mit Therapien, Infiltrationen, Thermokoagulation und Nukleoplastie L3/L4 mit Discographie erfolgt.

**5.6.2** Univ.-Prof. Dr. E.\_\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_\_, Fachärzte für Neurologie, stellten in ihrem Bericht der L.\_\_\_\_\_ Klinik, in (...) (IV-act. 2, S. 3 - 5) vom 2. Februar 2012 die Diagnosen Status. post. Distractionsspondylodese L3-L5 mit interkorporeller Cageinterposition und dorsaler Dekompression am 14. Oktober 2011 und führten weiter aus, der Versicherte habe sich versucht, in den Arbeitsprozess einzugliedern, jedoch sei es zu starken pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen vor allem rechts entsprechend dem Dermatome S1 gekommen. Es werde eine Facettengelenksinfiltration L5/S1 beidseitig mit intrathekalen Kortisonapplikation durchgeführt.

**5.6.3** Im Arztbericht für die Beurteilung des Anspruchs von Erwachsenen auf Massnahmen für die berufliche Eingliederung (IV-act. 19, S. 1-4) vom 24. April 2012 stellte der praktische Arzt Dr. N.\_\_\_\_\_ die Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit chronische Lumbago mit pseudoradikulärer Ausstrahlung b. Discopathie L3/L4, L4/L5, bestehend seit 2001. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit erwähnte er eine Nephrolithiasis links. Weiter wurde zusammengefasst ausgeführt, der Versicherte sei seit 2001 in ambulanter Behandlung. Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne ab Juni 2012 im Umfang von 50 % gerechnet werden. Im Beiblatt zum Arztbericht (IV-act. 19, S. 5 – 7) wurde angegeben, es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit im Ausmass von 25 % in der bisherigen Tätigkeit. Andere Tätigkeiten seien für den Versicherten zu 8 Stunden ohne Lastenheben

zumutbar; hier bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 10 – 20 %. Eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit sei ganztags mit reduzierter Leistung realisierbar. Es bestehe eine bleibende Einschränkung von 20 % in der jetzigen Tätigkeit.

**5.6.4** Im Bericht der M. \_\_\_\_\_ Klinik in (...) (IV-act. 21; 66, S. 16) vom 21. November 2012 zur Vorlage bei der Versicherung und beim Arbeitgeber (Unterschrift des Arztes nicht leserlich) wurden neben den bereits genannten Diagnosen (vgl. E. 5.6.1.f.) folgende Behandlungen festgehalten: röntgenassistierte Infiltration der Gelenksfacetten L5/S1 bds. am 21. März 2012, intraspinale Schmerztherapie am 1. Februar 2012, thermische Denervierung der Gelenksfacetten L4/L5 und L5/S1 bds. am 21. März 2012, röntgenassistierte Infiltrationen des ISG bds. am 21. September 2012, thermische Denervierung des Iliosakralgelenkes (recte: Iliosakralgelenkes) bds. am 25. Oktober 2012, röntgenassistierte Infiltration der Gelenksfacetten L5/S1 bds. und ISG bds. am 9. November 2012. Zudem wurde ausgeführt, es liege ein schönes postoperatives Ergebnis vor. Der Patient klage jedoch über Restbeschwerden im unteren Lendenwirbelbereich und im Bereich des ISG. Auf eine durchgeführte Infiltration reagiere er positiv. Ein Rückgang der Beschwerden werde verzeichnet, allerdings werde der Patient nicht ganz schmerzfrei sein. Es könne nicht detailliert gesagt werden, ab wann mit einer Verbesserung der Beschwerden gerechnet werden könne.

**5.6.5** Nachdem die medizinischen Atteste dem RAD-Arzt Dr. B. \_\_\_\_\_ unterbreitet wurden, fasste dieser die Berichte (IV-act. 2, 19 und 21) in seiner "Fallübersicht FI" vom 4. Februar 2013 (IV-act. 26) kurz zusammen, und gab an, dass gemäss dem Bericht der M. \_\_\_\_\_ Klinik vom 2. Februar 2012 am 16. März 2012 wohl zumindest eine teilweise angestammte Arbeitsfähigkeit bestehe; für eine optimal adaptierte rückschonende Tätigkeit dürfe wohl eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehen. Als weiteres Vorgehen empfahl er die Einholung eines ausführlichen Berichts mit Verlauf seit der Operation, der Angabe über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, einer Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit sowohl in einer angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit und Angaben zu einer Prognose. Zum Arztbericht von Dr. N. \_\_\_\_\_ (IV-act. 19) äusserte sich der RAD-Arzt dahingehend, dass Dr. N. \_\_\_\_\_ die am 14. Oktober 2011 erfolgte Operation und deren postoperativen Verlauf nicht erwähnt habe. Spätestens bei der Erstellung des Berichts der M. \_\_\_\_\_ Klinik (IV-act. 21) sei davon

auszugehen, dass unter Berücksichtigung der Angaben im Arbeitgeberbogen für die angestammte Tätigkeit nun eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehen dürfe.

**5.6.6** Anlässlich des Abschlusses der Eingliederungsmassnahmen und der Prüfung auf eine Invalidenrente wurden weitere medizinische Berichte eingereicht. Im Bericht der M. \_\_\_\_\_ Klinik in (...) (IV-act. 34) vom 22. März 2013 wurde neben den bereits genannten Diagnosen angegeben, am 15. März 2013 sei eine Verlängerung der Spondylodese auf L5/S1 bds. mit Cageimplantation erfolgt. Inwiefern sich die Beschwerden des Patienten dahingehend verbessern, dass er ein normales Leben resp. Arbeitsleben führen könne, sei nicht absehbar. Auf alle Fälle sei in Zukunft längeres Gehen und Stehen sowie das Heben und Tragen schwerer Lasten zu vermeiden. Im Entlassungsbericht vom 23. September 2013 der M. \_\_\_\_\_ Klinik (IV-act. 66, S. 14) wurde ergänzend zur am 15. März 2013 durchgeführten Operation ausgeführt, dass die Verlängerung der Spondylodese notwendig geworden sei, da die Bandscheibe L5/S1 sich vollkommen degeneriert habe und mit den beiden Ersteingriffen nicht zusammenhänge (ebenso IV-act. 66, S. 11).

**5.6.7** Dr. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie wiederholte im Bericht der M. \_\_\_\_\_ Klinik in (...) zur Vorlage bei der Versicherung (IV-act. 41; 66, S. 8; 65, S. 2 f.) am 29. Mai 2013 den Krankheitsverlauf und führte ergänzend aus, der Versicherte sei im Mai 2013 erneut untersucht worden. Er leide unter starken, die Lebensqualität deutlich beeinflussende Schmerzen. Alle Bewegungsgrade im Bereich der Lendenwirbelsäule d.h. Reklination, Inklination, Links- und Rechtsrotation seien mit äussert starken Schmerzen verbunden. Er werde mit Opiaten therapiert (Hydal 4 mg 1-0-1, als Bedarfsmedikation Hydral 1.3 mg). Es sei sinnvoll, den Patienten an eine schmerztherapeutische Institution zuzuweisen, da vom wirbelsäulenchirurgischen Standpunkt her eine weitere Operation zum jetzigen Zeitpunkt weder sinnvoll erscheine, noch in Frage komme. Die vom ISG ausgehende Schmerzen, als Folge stabilisierender Eingriffe v.a. im lumbosakralen Bereich seien nicht unüblich. Die Durchführung einer geregelten Arbeit sei bei der vom Patienten angegebenen Schmerzbelastung äussert zweifelhaft möglich. Im Bericht der M. \_\_\_\_\_ Klinik in (...) (IV-act. 45; 66, S. 7) vom 19. Juni 2013 erwähnte Dr. O. \_\_\_\_\_ die bereits genannten Diagnosen und gab an, die Situation sei unverändert. Mit der nun eingenommenen Medikation von Hydral 2 x 12 mg und bei Bedarf 2.3 mg komme der Patient relativ gut zurecht; Eine Vorstellung bei der Schmerzambulanz sei nicht mehr notwendig.

**5.6.8** Nach Würdigung der fachärztlichen Berichte der M.\_\_\_\_\_ Klinik hielt der RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_\_ in der "Fallübersicht Eingliederung" (IV-act. 49) vom 23. Juli 2013 an seiner Einschätzung betreffend der Arbeitsfähigkeit vom 4. Februar 2013 (IV-act. 26) fest und gab mit Eintrag vom 7. Juni 2013 an, dass mit der erneuten Operation im März 2013 wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sicherlich bis Ende Mai 2013 bestehe. Medizinisch-theoretisch dürfe davon auszugehen sein, dass unter Berücksichtigung der Angaben im Arbeitgeber-Fragebogen ab Juni 2013 auch in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von mind. 50 % bestehe. Mit Eintrag vom 24. Juni 2013 hielt der RAD-Arzt fest, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit derzeit mindestens zu 50 % arbeitsfähig sei, dies sollte sich im Verlauf von 4-8 Wochen bis auf 100 % steigerbar sein. In einer optimal rückenadaptierten Wechselbelastung ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und Zwangshaltungen sei der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig. Am 22. Juli 2013 stellte der RAD-Arzt aufgrund eines Hinweises der Berufsberaterin fest, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit nicht arbeitsfähig sei.

**5.6.9** Aus den anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereichten Verlaufsberichten der M.\_\_\_\_\_ Klinik geht hervor, dass sich der Versicherte am 21. Juli 2011 einer röntgenassistierten Infiltrationen der Gelenkfacetten L5-S1 bds. (IV-act. 66, S. 31) sowie am 18. August 2011 (IV-act. 66, S. 30) einer thermischen Denervierung der Gelenkfacetten unterzogen hatte. Im Bericht vom 19. September 2011 (IV-act. 66, S. 29) wird ausgeführt, der Versicherte sei danach recht zufrieden gewesen; jedoch hätten die Beschwerden wieder angefangen. Er klagte im Wesentlichen über ausstrahlende Schmerzen in das Becken bds., jedoch sei kein neurologisches Defizit, insbesondere keine Paresen, feststellbar. Es sei eine Diskographie sowie eine Nukleoplastie L3/4 und L4/5 durchgeführt worden. Anlässlich der Untersuchung vom 17. Januar 2012 (IV-act. 66, S. 25) wurde festgehalten, der Versicherte berichte nach der Operation vom 14. Oktober 2011 (vgl. E. 5.6.1) von einem deutlich geringerem Schmerzniveau als präoperativ. Es beständen Restbeschwerden im Bereich der linken unteren Extremität von Gluteal ausgehend entlang der Oberschenkelaussenseite bis ans Knie entsprechend der pseudoradikulären Reizung L5. Insgesamt bestehe ein sehr schönes postoperatives Ergebnis mit leichten Restbeschwerden, welche vom Patienten suffizient mit gelegentlichen Analgetika therapiert werden könnten. Am 1. Februar 2012 wurde der Versicherte erneut in der M.\_\_\_\_\_ Klinik untersucht. Im entsprechenden Bericht (IV-act. 66, S. 24) wurde ausgeführt, es sei nach einem Arbeitseingliederungsversuch nach kurzer Zeit zu starken pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen

vor allem rechts entsprechend dem Dermatome S1 gekommen, sodass eine röntgenassistierte Infiltrationen der Gelenkfacetten L5/S1 bds. sowie röntgenassistierte intraspinale Schmerztherapie durchgeführt worden sei. Eine weitere thermische Denervierung der Gelenkfacetten ist am 14. Februar 2012 (IV-act. 66, S. 23) erfolgt. Im auf den 23. September 2013 datierten Bericht der M.\_\_\_\_\_ Klinik (IV-act. 66, S. 22) führte Univ. Prof. Dr. E.\_\_\_\_\_ zur Untersuchung vom 21. März 2012 zusammengefasst aus, erneut eine thermische Denervierung der Gelenkfacetten L4/L5 und L5/S1 bds. durchgeführt zu haben. Bezüglich der Distractionsspondylose L3/L4, L4/L5 mit Entfernung der Bandscheibe L3/L4, L4/L5 und Implantation eines Käfigs von 12 mm am 20. Oktober 2011 sei alles in Ordnung. Im Vordergrund der Beschwerdesymptomatik stehe ein Schmerzsyndrom, welches bei der Inklination / Funktion in den Aufrechtstand exazerbiere. Am 24. August 2012 (IV-act. 65; S. 15) erfolgte eine röntgenassistierte Infiltrationen des ISG bds. Dazu wird im Bericht vom 21. September 2012 (IV-act. 66, S. 20; 65, S. 14) festgehalten, dem Versicherten sei es nach der Behandlung einige Zeit gut gegangen. Inzwischen seien die Schmerzen wieder neu aufgetreten, sodass er um Wiederholung der Behandlung gebeten habe, welche am 21. September 2012 durchgeführt worden sei. Am 25. Oktober 2012 ist das Iliosakralgelenk thermisch denerviert worden (IV-act. 65, S. 13); am 9. November 2012 erfolgte eine röntgenassistierte Infiltrationen der Gelenkfacetten L5/S1 bds. und IGS (IV-act. 65, S. 12). Gemäss den Arztberichten sind weitere Untersuchungen am 12. Februar sowie 3. Mai 2013 (IV-act. 65, S. 6 und 11) erfolgt. Es wurde in den entsprechenden Berichten angegeben, der Versicherte habe unter heftigen Rückenschmerzen gelitten, welche jeweils nach Infiltrationen verschwunden seien. Im Bericht vom 22. Mai 2013 (IV-act. 65, S. 4) zur Vorlage bei der Versicherung führte Dr. O.\_\_\_\_\_ zusammengefasst im Zusammenhang mit den im Oktober 2011 und März 2013 durchgeführten Operationen aus, dass es dem Versicherten zwei Monate nach der letzten Operation den Umständen entsprechend gut gehe. Er beklage sich nach wie vor über starke Schmerzen im Beckenbereich; langes Stehen, Gehen und Sitzen sei ohne Medikation nicht möglich.

**5.6.10** Nachdem die anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereichten medizinischen Berichte dem RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_\_ vorgelegt worden waren, führte dieser in seiner Stellungnahme vom 28. Oktober 2013 (IV-act. 67) aus, bei der Durchsicht der Unterlagen sei nicht ersichtlich, dass neue medizinische Erkenntnisse seit der am 23. Juli 2013 vertieften Fallübersicht begründet werden könnten und hielt an seiner letzten Beurteilung vom 23. Juli 2013 (IV-act. 49, vgl. E. 5.6.4) fest.

**5.6.11** In der Folge wurden weitere medizinische Berichte eingereicht. Dr. C. \_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin (IV-act. 71, S. 1) stellte in seinem Kurzbericht vom 14. Januar 2014 die bereits genannten Diagnosen und gab an, beim Patienten bestehe nach mehrfachen Eingriffen im Bereich der LWS (Lendenwirbelsäule) eine chronische Lumboischialgie mit pseudoradikulärer Ausstrahlung seit 2007. Trotz neurochirurgischer Versorgung beständen nach wie vor chronische Beschwerden, welche einer medikamentösen Dauertherapie bedürften. Somit sei der Versicherte nicht arbeitsfähig. Es finde eine Schmerztherapie mit Hydral 16 mg – 0 – 10 mg sowie Novalgin 3x1 statt. Unter dieser Therapie sei die Schmerzsymptomatik einigermaßen gut kompensiert. Physikalische Massnahmen im Rahmen eines Kuraufenthaltes seien zu befürworten und würden entsprechend beantragt.

**5.6.12** Ebenfalls eingereicht wurde der Karteiausdruck der Orthopädie Dr. D. \_\_\_\_\_ (IV-act. 71, S. 2 – 4) für den Behandlungszeitraum vom 17. Januar bis 11. Februar 2013. Anlässlich der am 17. Januar 2013 durchgeführten Untersuchung wurden die bereits genannten Befunde wiederholt. Weiter wurde zusammengefasst angegeben, der Patient habe chronische Beschwerden, wenn er sich vor- und rückbeuge. Die postoperativen Abklärung mittels Röntgen, CT und auch MRT seien immer als unauffällig befunden worden. Es lägen keine Paresen auf den unteren Extremitäten vor, auch keine Dysästhesien. Die Bauchdecke sei vor allem auf der rechten Seite massiv druckempfindlich, ebenso über der Blase mit ausstrahlenden Beschwerden und reflektorischen Anspannungen bis zum Rippenbogen. Der Langsitz sei möglich, das Aufrichten jedoch von der Unterlage sehr langsam und erschwert. Der Fingerbodenabstand sei 0 cm, jedoch könne sich der Patient danach kaum aufrichten, verspüre ein massives Stechen und ein Knackgefühl im Lendenwirbelsäulenbereich. Die Reklination sei bis 20-30° möglich, endlagig stark schmerzhaft, die Seitneigung betrage 20-0-20. Beim Röntgen sei osteodenses Material sichtbar; die Bandscheibenhöhe sei sehr schön restauriert. Die Etage L5/S1 sei etwas verschmälert. Es lägen jedoch wenig osteochondrotische oder chondrotische Veränderungen vor. Bei L5/S1 habe man den Eindruck einer leichten Arthrose. Das Anschlusssegment L2/L3 sei in Ordnung. Es bestehe eine leichtgradige rechtsseitige Skoliose im thoracolumbalen Übergangsbereich. Weiter seien die Restbandscheiben in Ordnung; insbesondere die Bandscheibe L5/S1 sei völlig in Ordnung. Am 31. Januar 2013 wurde ausgeführt, es sei am 29. Januar 2013 eine vertebrospinale CT L2-S1 durchgeführt worden. Es liege eine reaktive Sklerose in den Wirbelkörpern L3,

L4 und L5 im Bereich der Kraftübertragungen durch die Cages, im unmittelbaren Cagekontaktbereich sowie kleinzystische Knochenresorptionen an den Wirbelkörperabschlussplatten vor. Links bestehe eine deutliche Sklerose des Processus articularis inferior L5, rechts sei das gesamte Facettengelenk und auch Teile der Lamina L5 sklerosiert. Am 11. Februar 2013 wurde eine beidseitige Facettarthrose L5/S1 (rechts mehr als links) sowie eine inzipte Chondrose L5/S1 festgestellt. Im CT zeige sich die Spondylodese eigentlich sehr schön; einzig die Pedikelschraube L5 auf der linken Seite rage ventral ganz gering vor. Es fänden sich keine Lockerungszeichen. Das Hauptthema seien die Facettenarthrose bei L5/S1 mit punktum Maximum auf der rechten Seite, welche die rechtsseitigen Leistungsbeschwerden erklären würden. Der Patient habe derzeit massive Beschwerden und können nunmehr mit 300 mg Tramal täglich auskommen. Es solle eine Verlängerung der Spondylodese dorsal auf L5/S1 mit Zerstörung der Facettgelenke durchgeführt werden, um eine Beruhigung der Situation zu erzeugen.

**5.6.13** Im Befund der Orthopädie Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 29. Januar 2013 gab Dr. P. \_\_\_\_\_ (IV-act. 72, S. 7) nach Durchführung einer vertebrospinalen CT an, es liege eine reaktive Sklerose in den Wirbelkörpern L3, L4 und L5 im Bereich der Kraftübertragung durch die Cages sowie im unmittelbaren Cagekontaktbereich kleinzystische Knochenresorptionen an den Wirbelkörperabschlussplatten vor. Weiter beständen inzipte Resorptionsräume um die Schrauben bei L5 und L3 dorsal im Bereich der Pedikel. Im Bereich der Wirbelkörperspongiosa gebe es noch keine Lockerungszeichen. Links bestehe eine deutliche Sklerose des Processus articularis inferior L5, rechts sei das gesamte Facettengelenk und auch Teile der Lamina L5 sklerosiert. Es seien keine Lysespalten vorhanden.

**5.6.14** Im Bericht der K. \_\_\_\_\_ Privatklinik zur Vorlage bei der Pensionsanstalt (IV-act. 74, S. 3 f.) vom 17. Januar 2014 hielt Prim. Univ. Prof. Dr. E. \_\_\_\_\_ an den früheren Ausführungen betreffend den Krankheitsverlauf und die bereits gestellten Diagnosen fest und führte ergänzend aus, sämtliche Eingriffe seien ohne Komplikationen einhergegangen, jedoch habe eine Beschwerdefreiheit nie erreicht werden können. Die Iliosacralgelenke beidseitig seien durch die lange Spondylodese zusätzlich mehr belastet, sodass immer wieder Schmerzen aufkämen. Neurochirurgisch sei der Patient austherapiert, längere Belastungen im normalen Arbeitsverhältnis seien nicht mehr zumutbar, sodass dem Patienten die Pension nahe

gelegt werden müsse. Belastungen jeglicher Art, sei es im längeren Stehen, Sitzen oder Heben von schweren Lasten und Überkopfarbeiten seien aufgrund der ausgedehnten Pathologie nicht mehr zumutbar.

**5.6.15** Der RAD-Arzt Dr. B. \_\_\_\_\_ äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2014 (IV-act. 75) dahingehend, dass der Kurzbericht von Dr. C. \_\_\_\_\_ nicht schlüssig begründet sei; zudem habe Dr. C. \_\_\_\_\_ die Dosierung von Novalgin nicht angegeben. Zum Karteiauszug von Dr. D. \_\_\_\_\_ sowie zum Befund von Dr. P. \_\_\_\_\_ gab er an, dass keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorlägen. Er verwies auf seine Ausführungen vom 24. Juni 2013 und führte aus, dass der Versicherte in einer optimal rückenadaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Als Adaptionskriterien fügte er ergänzend hinzu: "keine Überkopftätigkeiten". Der Versicherte erscheine aus versicherungsmedizinischer Sicht ausreichend abgeklärt. Weiterer Abklärungen seien nicht notwendig.

**5.6.16** Anlässlich der Rentenanmeldung vom 29. August 2013 bei der IV-STA (IV-act. 101) wurden die bereits zusammengefassten medizinischen Berichte (vgl. E. 5.6.1, 5.6.4, 5.6.6 f., 5.6.9; IV-act. 65 f.; 79 – 98, 123) sowie der Karteiausdruck von Dr. Q. \_\_\_\_\_, Orthopädie, orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie (IV-act. 111) mit Schreiben vom 22. Januar resp. 12. Februar 2014 an die zuständige IV-Stelle SG überwiesen. Im Karteiausdruck von Dr. Q. \_\_\_\_\_ wird der Behandlungszeitraum von Mai 2008 bis Oktober 2010 dokumentiert. Es wird zusammengefasst ausgeführt, der Versicherte leide seit 1992 chronische Rückenschmerzen; seit Juni 2007 durchgehend. Er habe Schmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein bis zur Wade. Physiotherapie und Injektionen seien durch den Hausarzt erfolgt.

**5.6.17** Ebenso wurde der auf den 28. April 2008 datierte Bericht des Landeskrankenhauses (...) (IV-act. 78), ausgestellt von Dr. R. \_\_\_\_\_, leitender Oberarzt der Abteilung für konservative Orthopädie weitergeleitet. Danach hielt sich der Versicherte vom 18. bis 28. April 2008 in der Klinik auf. Es wurden unter Verwendung der Diagnosecodes ICD-10: M51/2, M 22.4, M23.3, MEL 6837 die Diagnosen chronisch rezessive Lumbalgie bei linksseitigem Diskusprolaps L3/L4 mit Wurzelirritation L3 links, Chondropathia patellae und Erysipel in der linken Ellenbeuge aufgeführt. Zusammengefasst wurde angegeben, der Versicherte sei wegen chronischer rezessiver Lumbalgie im Rahmen eines Diskusprolapses L3/L4 aufgenommen und nach multimodaler Therapie in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

**5.6.18** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens liess der Beschwerdeführer replikweise ein am 4. Mai 2014 ausgestelltes urologisches Gutachten von Dr. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie und Ondrologie (act. 13, Beilage 4) zuhanden des Landesgerichts (...) einreichen. Darin wird zusammengefasst ausgeführt, beim Beschwerdeführer liege eine leichtgradige neurogene Blasenstörung bei Wirbelsäulen- und Bandscheibenproblematik im LWS-Bereich vor. Er klagt ständig über Harndrang und einer erhöhten Frequenz des Urinierens, unabhängig von der Ausprägung der Rückenschmerzen. Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer könne täglich 8 Stunden arbeiten; bezüglich der Schwere der Arbeit beständen aus urologischer Sicht keine Einschränkungen. Arbeiten seien nur dann geeignet, wenn die Arbeit für das Aufsuchen der Toiletten jederzeit unterbrochen werden könne.

**5.6.19** Im Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_, Internist, vom 8. Mai 2014 zuhanden des Landesgerichts (...) (act. 13, Beilage 3) werden die bereits genannten Diagnosen wiederholt und der Krankheitsverlauf dargestellt. Zudem wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer schildere äusserst hartnäckige, offensichtlich vom ISG ausgehende Schmerzen, die als Folge von stabilisierenden Eingriffen, vor allem im lumbosakralen Bereich, nicht unüblich seien. Die Durchführung einer geregelten Arbeit sei bei der angegebenen Schmerzbelastung nur äussert zweifelhaft möglich. Als Medikation wurde Hydal 16 mg morgens, 12 mg abends, Novalgin 20 Tr. 3x tgl. Cymbalta 60-0-60, Trittico 100 mg abends sowie Pantoprazol 40 mg angegeben.

**5.6.20** Im Haupt-Gutachten vom 28. April 2014 ausgestellt von Dr. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Dipl. Sportarzt, gerichtlicher Beeider und Sachverständiger (act. 13, Beilage 2) werden ebenfalls die bereits genannten Diagnosen, der Krankheitsverlauf sowie Angaben zur Medikation aufgeführt. Zudem wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei wegen Depressionen in ärztlicher Behandlung. Zur Arbeitsfähigkeit wurde zusammenfassend angegeben, der Versicherte sei in der Lage, leichte Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen täglich ohne längere als die üblichen Unterbrechungen auszuführen.

**5.6.21** Mit Schreiben vom 11. September 2014 (act. 15, Beilage 1) hielt die IV-Stelle SG an ihren Anträgen fest und äusserte sich zu den Gutachten der Dres. S.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ dahingehend, dass die Gutachter die von der Vorinstanz angenommene Arbeitsunfähigkeit 100 % (8 Stunden Arbeit täglich ohne längere als die üblichen Unterbrechungen)

in einer adaptierten Tätigkeit bestätigen. Weitere Gutachten seien nicht erforderlich.

**5.6.22** Mit Triplik vom 27. Oktober 2014 (act. 17) liess der Beschwerdeführer drei Befunde von Dr. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Massnahmen, einreichen. Dr. J.\_\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 28. Februar 2014 die Diagnosen reaktiv depressive Störung, chronische Schmerzen mit organischen und psychischen Faktoren und führte zusammengefasst aus, der Versicherte habe vor 20 Jahren einen Selbstmordversuch gemacht. Erblich sei er durch eine depressive Mutter sowie durch eine schwierige Kindheit belastet. In den Berichten vom 3. April und 30. September 2014 wurden die Diagnosen wiederholt.

**5.6.23** Mit Schreiben vom 5. Mai 2015 liess der Beschwerdeführer einen weiteren ärztlichen Bericht des Landeskrankenhauses (...), Abteilung für Orthopädie, an das Bundesgericht einreichen, welches mit Schreiben vom 8. Mai 2015 (act. 20) zuständigkeithalber an das Bundesverwaltungsgericht weitergeleitet wurde. Aus dem am 23. April 2015 ausgestellten Bericht geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer am 20. April 2015 erneut einer Operation unterzogen hatte. Es wurde die Entfernung der Spineart und Re-Implantation Expidium CFX 8, fecit angegeben.

## **5.7**

**5.7.1** Bei den Stellungnahmen von Dr. B.\_\_\_\_\_ (RAD-Arzt) handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV siehe Urteil des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 5.4.3 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

**5.7.2** Vorliegend führte der RAD-Arzt Dr. B. \_\_\_\_\_ für die Beurteilung des Leistungsanspruchs keine eigene ärztliche Untersuchung durch, sondern zog die Gutachten bzw. medizinischen Atteste der österreichischen Ärzte heran und wertete diese aus. Die Stellungnahmen vom 4. Februar 2013 (IV-act. 26), 23. Juli 2013 (IV-act. 49), 28. Oktober 2013 (IV-act. 67) und vom 13. Februar 2014 (IV-act. 75) sind somit reine Aktenberichte (vgl. E. 5.4.3). Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens oder – wie im vorliegenden Fall – im Widerspruch mit einer vorhandenen Expertise entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen, vgl. auch Urteil des BGer 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2).

**5.7.3** Auf die Stellungnahmen des RAD sowie der medizinischen Berichte aus Österreich kann nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. E. 5.4.3 hiervor). Wie vorangehend ausgeführt, beurteilt das Bundesverwaltungsgericht den Sachverhalt bis und mit Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2014 (siehe vorne E. 3.6). Sämtliche nach diesem Zeitpunkt ergangenen Arztberichte können deshalb – sofern sie keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor der angefochtenen Verfügung erlauben – im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Dies gilt für den grössten Teil der im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Arztberichte und betrifft namentlich die unter den vorangehenden Erwägungen 5.6.18, 5.6.21 und 5.6.23 zitierten Berichte. Die in diesen Arztberichten neu thematisierten Krankheitsbilder (neurologische, internistische sowie psychische Krankheitsbilder) sind deshalb vorliegend nicht Beurteilungsgegenstand. Das Gutachten des Internisten Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 8. Mai 2014 hingegen äussert sich zum bisherigen Krankheitsverlauf, der Medikation, den bereits genannten Diagnosen und gibt eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (E. 5.6.19). Aus diesem Gutachten lassen sich Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor Erlass der angefochtenen

Verfügung ziehen, weshalb es in die Beurteilung des vorliegenden Sachverhaltes einzubeziehen ist.

#### 5.7.4

**5.7.5** In den österreichischen Krankenakten wird sowohl der Krankheitsverlauf des Beschwerdeführers als auch die medizinischen Massnahmen lückenlos dokumentiert; jedoch fehlen präzise Angaben zur Arbeitsfähigkeit. Während die Dres. O. \_\_\_\_\_ (IV-act. 45; 66, S. 7) und G. \_\_\_\_\_ (act. 13, Beilage 3) Zweifel betreffend die Wiederaufnahme einer Arbeit äussern, erachtet Dr. C. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer für nicht mehr arbeitsfähig (IV-act. 71, S. 1). Prim. Univ. Prof. Dr. E. \_\_\_\_\_ hält lediglich längere Belastungen im Stehen, Sitzen sowie Heben von schweren Lasten und Überkopfarbeiten für nicht zumutbar (IV-act. 74, S. 3 f.). Aus den Berichten ist weder ersichtlich, ab welchem Zeitpunkt noch mit welchem Grad der Beschwerdeführer in seiner angestammten oder in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsunfähig ist. Zudem beinhalten sie widersprüchliche und nur vage Angaben zur seiner Leistungsfähigkeit. Anzumerken ist, dass lediglich die Dres. O. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ über einen Facharztstitel der Neurochirurgie verfügen; Dr. G. \_\_\_\_\_ hingegen Facharzt für Innere Medizin und Dr. C. \_\_\_\_\_ Facharzt für Allgemeinmedizin ist. Die Berichte der Letzteren können nur dann volle Beweiskraft zukommen, wenn die übrigen von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien erfüllt sind. Ausserdem ist der Bericht des Hausarztes Dr. C. \_\_\_\_\_ aufgrund dessen auftragsrechtlichen Vertrauensstellung mit Vorbehalt zu würdigen (E. 5.4.3). Insgesamt stellen die medizinischen Berichte aus Österreich keine genügende Grundlage für die Gesamtbeurteilung des Falles bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (25. Februar 2014) dar.

#### 5.7.6

**5.7.6.1** Der RAD-Arzt Dr. B. \_\_\_\_\_ beurteilte die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der vorhandenen Akten des Dossiers, ohne den Beschwerdeführer persönlich untersucht zu haben. In seinem ersten, anlässlich der Frühinterventionsmassnahme erstellten Bericht vom 4. Februar 2013 (IV-act. 26) fasste er die ihm vorgelegten Berichte kurz zusammen und bemängelte, dass weder die Operation vom 14. Oktober 2011 noch deren postoperativen Verlauf erwähnt worden seien und verlangte Angaben betreffend einer Eingliederung. Nach Einsicht in den Bericht der M. \_\_\_\_\_ Klinik vom 21. November 2012 gab der RAD-Arzt vage an, für

die angestammte Tätigkeit dürfe nun eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehen, ohne Einsicht in die geforderten Unterlagen erhalten zu haben. Anlässlich der Prüfung des Rentenanspruchs, bezog sich Dr. B.\_\_\_\_\_ am 27. Juli 2013 (IV-act. 49) auf die neu eingereichten Arztberichte, welche er nur rudimentär zusammenfasste und kam zum Schluss, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit mindestens zu 50 % arbeitsfähig – im Verlauf von vier bis acht Wochen 100 % arbeitsfähig sei. Erst nachdem er von der Berufsberaterin daraufhin gewiesen wurde, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit regelmässig über 10 kg heben resp. tragen, sowie häufig in vorgebeugter Haltung arbeiten müsse, korrigierte er seine Einschätzungen. Er kam dann zum Schluss, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit nicht arbeitsfähig sei. Der RAD-Arzt hatte offensichtlich keine Kenntnisse des von ihm zu beurteilenden Dossiers und kannte die Tätigkeit des Beschwerdeführers nicht. Den Entlassungsbericht vom 20. Oktober 2011 der K.\_\_\_\_\_ Privatklinik (IV-act. 2, S. 1; 66, S. 27), welcher sich auf den präoperativen Krankheitsverlauf sowie die am 14. Oktober 2011 durchgeführte Distractionsspondylodese L3/L4 bezieht, erwähnte der RAD-Arzt nicht. Ebenso äusserte er sich nicht zu den Ausführungen der österreichischen Ärzte, welche den Versicherten für arbeitsunfähig befanden. Nachdem anlässlich des Vorbescheidverfahrens neue medizinische Unterlagen (vgl. E. 5.6.12), welche den Krankheitsverlauf sowie die Behandlungsmethoden seit 2011 darstellen, eingereicht worden waren, führte der RAD-Arzt in seiner dritten Stellungnahme vom 28. Oktober 2013 (IV-act. 67) einzig aus, dass sich aus versicherungstechnischer Sicht keine neuen medizinischen Erkenntnisse ergäben und hielt an seiner Beurteilung vom 27. Juli 2013 fest. Er fasste weder die Berichte zusammen, noch würdigte er sie im Einzelnen. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welcher aus den Unterlagen hervorgeht, erwähnte er nicht, verlangte jedoch die Einreichung weiterer ärztlicher Unterlagen, welche er letztendlich nicht würdigte (vgl. Berichte der Dres. Q.\_\_\_\_\_ und R.\_\_\_\_\_, E. 5.6.16 f.). In seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2014 (IV-act. 75) nahm Dr. B.\_\_\_\_\_ in die Berichte der Dres. C.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_, und E.\_\_\_\_\_ (IV-act. 71; 74, S. 3 f.) Einsicht. Er führte zum Bericht von Dr. D.\_\_\_\_\_ aus, dass dessen Begründung nicht schlüssig, sowie die Medikamentenangabe ungenügend sei. Zum Karteiauszug von Dr. C.\_\_\_\_\_ sowie zum Befund von Dr. P.\_\_\_\_\_ äusserte er sich dahingehend, dass keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorlägen; dies obwohl Dr. C.\_\_\_\_\_ neben den bereits genannten Diagnosen und den Behandlungsverlauf neu das Vorliegen von Sklerosen, Arthrosen sowie einer Skoliose und Chondrose erwähnte und ausführte, dass die Hauptbeschwerden in der Facettenarthrose bei L5/S1

begründet seien. Diese Angaben sowie die Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit blieben vom RAD-Arzt unberücksichtigt. Er hielt an seinem Bericht vom 27. Juli 2013 fest und gab an, dass der Versicherte in einer optimal rückenadaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei und fügte als Adaptionenkriterien ergänzend hinzu: "keine Überkopftätigkeiten".

**5.7.6.2** Darüber hinaus finden sich in den Akten Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung. So gab der Beschwerdeführer anlässlich der Rentenanmeldung bei der IVSTA im Fragebogen für den Versicherten vom 5. Dezember 2013 (IV-act. 116) an, vor 20 Jahren einen Suizidversuch unternommen zu haben und unter wiederkehrenden Depressionen zu leiden. Aus den medizinischen Berichten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer schon vor Erlass der angefochtenen Verfügung das Medikament Trittico retard, welches für die Behandlung von Depression mit oder ohne Angststörung verschrieben wird, täglich in einer Dosis von 100 mg eingenommen hat (<http://www.swissmedicinfo.ch>, eingesehen am 13. April 2016). Somit liegen Hinweise darauf vor, dass beim Beschwerdeführer neben den orthopädisch / neurologischen auch psychologisch / psychiatrische Krankheitsbilder vorhanden sein könnten. Ob diese Beschwerden einen Einfluss auf einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers haben, wurde bislang nicht abgeklärt.

**5.7.6.3** Insgesamt weisen die Berichte des RAD-Arztes Dr. B. \_\_\_\_\_ grobe Mängel auf. Er erstellte weder eine Anamnese, noch machte er Angaben zum Krankheitsverlauf, obwohl ihm von der IVSTA am 22. Januar 2014 (IV-act. 121) alle medizinischen Unterlagen überwiesen worden waren. Zudem gab er keine umfassenden Diagnosen ab und verwendete keine ICD-10 Codes. Zu den von ihm gewürdigten Berichten gab er an, es beständen Unklarheiten, jedoch befand er weitere Abklärungen für nicht notwendig. Offensichtlich hat er sich nicht mit den gesamten Vorakten und den widersprüchlichen Angaben der österreichischen Ärzte zur Arbeitsfähigkeit auseinandergesetzt und weder seine eigenen Einschätzungen noch seine Schlussfolgerungen begründet. Anzumerken ist überdies, dass Dr. B. \_\_\_\_\_, als praktischer Arzt und Facharzt für Chirurgie (siehe <http://www.doctorfmh.ch>, eingesehen am 13. April 2016) nicht über einen Facharztstitel der Orthopädie verfügt. Insgesamt ist die Beurteilung des RAD-Arztes nicht lückenlos und kann nicht nachvollzogen werden. Sie genügt den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht nicht. Die Voraussetzungen für eine blosser Aktenbeurteilung durch den RAD können nicht als gegeben erachtet werden.

## 5.8

**5.8.1** Unter den gegebenen Umständen ist festzuhalten, dass eine zuverlässige Einschätzung, in welchem Mass der Beschwerdeführer Einschränkungen unterliegt, aufgrund der bestehenden Aktenlage und ohne dessen persönliche Untersuchung nicht rechtsgenügend beurteilt werden kann. Der rechtserhebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht resp. die Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist durch die Vorinstanz nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt wurden (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 und Art. 49 lit. b VwVG), sodass die Verfügung vom 25. Februar 2014 aufzuheben ist.

**5.8.2** Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA auch im Lichte der Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 ausnahmsweise möglich. Zu beachten sind insbesondere die Ausführungen des Bundesgerichts, wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege. Im Rahmen der de lege lata gegebenen Organisation dränge es sich vielmehr auf, das drohende Defizit dort durch gerichtliche Expertisen auszugleichen, wo die Gerichte bei der Würdigung des Administrativgutachtens im Kontext der gesamten Aktenlage zum Schluss kommen, weitere Abklärungen seien notwendig (BGE 137 V 210 ff., E. 4.2).

**5.8.3** Hier liegt indessen nicht ein vom Bundesverwaltungsgericht zu würdigendes Administrativgutachten im Recht. Vielmehr war die Zulässigkeit eines Aktenberichts durch den RAD zu beurteilen. Wie sich vorstehend gezeigt hat, konnte weder der eine noch der andere auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen offensichtlich unzulässig, was zwangsläufig zur weiteren Sachverhaltsabklärungen hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen

Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären (sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann), auf das Gericht. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, als dass die Aktenbeurteilung durch den RAD (oder den medizinischen Dienst der Vorinstanz) gestützt auf ausländische Arztberichte, die oftmals weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis der Vorakten und der spezifischen versicherungsmedizinischen Anforderungen der Invalidenversicherung verfasst werden, häufig vorkommen. Weiter ist zu beachten, dass für Fälle mit Auslandsbezug eine spezialisierte IV-Stelle eingerichtet worden ist. Daher und aufgrund dessen, dass vorliegend aufgrund der Aktenlage keine genügende Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers erfolgen konnte, ist die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

**5.8.4** Beschwerdeweise liess der Versicherte geltend machen, durch die Einnahme starker Medikamente, vor allem Opiate, leide er unter Nebenwirkungen, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Dies sei in der Verfügung nicht berücksichtigt worden, weshalb ein pharmakologisches Gutachten zu erstellen sei. Replikweise wurden neben psychischen auch neurologische sowie urologische Beschwerden geschildert. In der Triplik wurden zudem auf gastrologische Beschwerden hingewiesen. Aus den Akten ist zu schliessen, dass der Versicherte seit Mai 2013 das opiat-haltige Medikament Hydral einnimmt. Anfangs lag die Dosierung bei 2 x täglich 4 mg. Im Zeitraum von zwei Jahren wurde die Dosis regelmässig bis zu einer Dosierung von 16 mg morgens und 12 mg abends gesteigert. Die Medikamenteneinnahme, deren Auswirkungen bislang ungeklärt blieben, erfolgte bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung. Hingegen finden sich in den Akten keinerlei Hinweise auf neurologische, internistische resp. urologische Beschwerdebilder. Aufgrund dessen, dass die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, rechtfertigt es sich aus prozessökonomischen Gründen, auch bezüglich der nach Erlass der angefochtenen Verfügung geltend gemachten Beschwerdebilder Abklärungen zu treffen. Die Rückweisung wird demnach mit der Weisung verbunden, eine pluridisziplinäre, orthopädische, psychiatrische, internistische sowie neurologische Begutachtung des Beschwerdeführers in der Schweiz durchzuführen und ausserdem abzuklären, ob und in welchem Ausmass Nebenwirkungen der Medikamenteneinnahme einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Danach hat die Vorinstanz eine neue

Verfügung zu erlassen, in welcher sie sich unter Einbezug der medizinischen Vorakten zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit und in einer leidensangepassten Tätigkeiten zu äussern hat.

Sollte bei den weiteren medizinischen Abklärungen die Diagnose somatoformer Störungen gestellt werden, wird die Prüfung der Auswirkung dieser Diagnose unter Einbezug der neuen Indikatoren des Bundesgerichts (vgl. BGE 141 V 281) durchzuführen sein.

#### **6.**

Die Beschwerde vom 2. April 2014 ist daher insoweit gutzuheissen, als die angefochtenen Verfügungen vom 25. Februar 2014 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen der rechtserheblichen Tatsachen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.

#### **7.**

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Prüfung eines Rentenanspruchs alleine aufgrund der schweizerischen Bestimmungen zu erfolgen hat. Es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (E. 3.2). Aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer beim österreichischen Sozialversicherungsträger eine Invalidenrente beantragt hat, kann er im Zusammenhang mit dem Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente nichts zu seinen Gunsten ableiten.

#### **8.**

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

**8.1** Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG sind die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen. Die Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Kosten aufzuerlegen; der von ihm geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der unterliegenden Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**8.2** Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG kann die Beschwerdeinstanz der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren

eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen.

**8.3** Die Parteientschädigung umfasst dabei die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE das Anwaltshonorar (lit. a), den Ersatz der Auslagen (lit. b) und der Mehrwertsteuer (lit. c), wobei Letztere nur dann geschuldet ist, wenn die zu entschädigende Partei Wohnsitz oder Sitz in der Schweiz hat (vgl. dazu Urteile des BVGer C-3362/2013 vom 29. Februar 2016 E. 11.2, C-3800/2012 vom 27. Mai 2014, C-7742/2009 vom 9. August 2012 E. 7.2, C-6248/2011 vom 25. Juli 2012 E. 12.2.5 m.w.H. und C-6173/2009 vom 29. August 2011 m.H). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen (Art. 10 Abs. 1 VGKE), wobei der Stundensatz für Anwälte und Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- beträgt (Art. 10 Abs. 2 VGKE).

**8.4** Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'800.- exklusiv Mehrwertsteuer, die aufgrund des Wohnsitzes des Beschwerdeführers im Ausland nicht geschuldet ist [vgl. vorstehende E. 8.3]) gerechtfertigt.

(Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite.)

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde vom 2. April 2014 wird in dem Sinne gutgeheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 25. Februar 2014 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen gemäss Ziff. 5.8.4 an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

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

**4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Die Rechtsmittelbelehrung befindet sich auf der nächsten Seite.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Michael Peterli

Barbara Camenzind



**Rechtsmittelbelehrung:**

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

Versand: