



## Urteil vom 12. Januar 2022

---

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),  
Richterin Caroline Gehring, Richterin Regina Derrer,  
Gerichtsschreiber Michael Rutz.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Österreich),  
vertreten durch Dr. Florian Scheiber,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch  
(Verfügung vom 25. März 2020).

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

Der am (...) 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist österreichischer Staatsangehöriger und wohnt in Österreich. Er war ab 1989 als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig und leistete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; IK-Auszug; act. 14). Zuletzt arbeitete er seit 2. Mai 2005 jeweils saisonal im Stundenlohn als Maurer bei der B.\_\_\_\_\_ in (...), ehe er von seinem Hausarzt ab 31. Oktober 2017 krankgeschrieben wurde (act. 20) und die Arbeit in der Folge nicht mehr aufnahm (letzter effektiver Arbeitstag: 30. Oktober 2017; act. 11).

**B.**

**B.a** Am 16. Februar 2018 (Eingang: 23. Februar 2018) meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: kantonale IV-Stelle) unter Hinweis auf ein chronisches Schmerzsyndrom, eine komplexe Nierenzyste, eine Psoriasis-Arthritis und ein Lungenemphysem zum Leistungsbezug an (act. 2). Die kantonale IV-Stelle holte im Rahmen ihrer Abklärungen insbesondere den Arbeitgeber-Fragebogen (act. 11), die Akten des Krankentaggeldversicherers (act. 16 ff.; act. 39 ff.) und der SUVA (act. 35 ff.) sowie Berichte des Hausarztes (act. 22; act. 44) und des Krankenhauses D.\_\_\_\_\_ (act. 24; act. 42) ein. Am 9. Juli 2018 übermittelte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) der kantonalen IV-Stelle Akten des österreichischen Versicherungsträgers (act. 28), darunter ein ärztliches Gesamtgutachten vom 14. Juni 2018 (act. 30), gestützt worauf der österreichische Versicherungsträger mit Bescheid vom 26. Juni 2018 den Antrag des Versicherten auf eine Invaliditätspension abgewiesen hat (act. 29). Am 25. Februar 2019 reichte der Versicherte, der zwischenzeitlich gegen den rentenablehnenden Bescheid vom 26. Juni 2018 Klage erhoben hatte (act. 32), ein zuhanden des Landesgerichts (...) erstelltes ärztliches Gutachten ein (act. 48 ff.). Gestützt auf dieses Gutachten und eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 27. Februar 2019 (act. 99 S. 12) ging die kantonale IV-Stelle von einer Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit von 50 % aus und stellte ihm mit Vorbescheid vom 4. März 2019 die Ausrichtung einer halben IV-Rente ab 1. Oktober 2018 bei einem IV-Grad von 56 % in Aussicht (act. 59). Dagegen erhob der Versicherte am 20. März 2019 unter Beilage neuer Arztberichte Einwände (act. 65).

**B.b** Nach Konsultation des RAD (act. 99 S. 15 f.) gab die kantonale IV-Stelle am 24. April 2019 beim Institut E.\_\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (act. 70), das am 24. September 2019 erstattet wurde (act. 81). Gestützt darauf ging sie von einer 80 %-igen Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit aus und teilte ihm dementsprechend mit einem neuen Vorbescheid vom 29. Oktober 2019 mit, dass vorgesehen sei, sein Leistungsgesuch abzuweisen (act. 82). Dagegen erhob der Versicherte unter Beilage neuer Arztberichte erneut Einwände (act. 95). Daraufhin wies die IVSTA das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 25. März 2020 gestützt auf die Abklärungen und Feststellungen der kantonalen IV-Stelle bei einem ermittelten IV-Grad von 29 % ab (act. 98).

### **C.**

Gegen diese Verfügung liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 13. Mai 2020 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Invalidenrente, eventualiter eine Dreiviertelsrente, subeventualiter eine halbe Invalidenrente ab 1. Oktober 2018 zuzusprechen. Subsubeventualiter sei ein gerichtliches Gutachten anzuordnen und anschliessend über den Rentenanspruch neu zu befinden. Subsubeventualiter sei die Sache zur Klarstellung, Präzisierung und Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese gestützt darauf neu über den Rentenanspruch befinde (BVGer-act. 1). Der Beschwerdeführer liess unter anderem das Urteil des Landesgerichts (...) vom 4. Juli 2019 einreichen, mit dem ihm eine unbefristete Invaliditätspension ab 1. Dezember 2017 zugesprochen wurde (BVGer-act. 1, Beilage 7 und 8). Am 18. Mai 2020 reichte er eine weitere ärztliche Stellungnahme vom 15. Mai 2020 ein (BVGer-act. 3).

### **D.**

Der mit Zwischenverfügung vom 19. Mai 2020 beim Beschwerdeführer eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– (BVGer-act. 2) wurde am 26. Mai 2020 geleistet (BVGer-act. 6).

### **E.**

Die Vorinstanz schliesst in ihrer Vernehmlassung vom 23. Juni 2020 unter Hinweis auf eine Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 19. Juni 2020 auf Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 8).

**F.**

In seiner Replik vom 6. Juli 2020 hielt der Beschwerdeführer am Antrag auf Zusprache einer ganzen IV-Rente fest (BVGer-act. 10).

**G.**

In ihrer Duplik vom 23. Juli 2020 hielt die Vorinstanz unter Hinweis auf eine Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 16. Juli 2020 am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (BVGer-act. 12).

**H.**

Mit verfahrensleitender Verfügung vom 29. Juli 2020 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 13).

**I.**

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

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

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

**2.**

**2.1** Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen 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** Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger mit Wohnsitz in Österreich im Kanton C.\_\_\_\_\_ einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt in Österreich Wohnsitz hatte, war die IV-Stelle des Kantons C.\_\_\_\_\_ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Die angefochtene Verfügung vom 25. März 2020 wurde sodann zu Recht von der IVSTA erlassen. Diese Verfügung, mit der das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

### **3.**

**3.1** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 25. März 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**3.2** Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, wohnt in Österreich und es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

### **4.**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim

Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. IK-Auszug [act. 14]), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

## **5.**

**5.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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).

**5.2** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

**5.3** Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und

gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

**5.4** Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (BGE 143 V 409 und 418), so sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 145 V 361 E. 3.1).

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

## **6.**

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**6.1** Bei einem Arbeitsunfall vom 30. Juli 2015 erlitt der Beschwerdeführer eine Quetschung der rechten Schulter (act. 35 S. 1). Deswegen wurde er im Krankenhaus D.\_\_\_\_\_ in (...) (Österreich) ambulant behandelt. Dort wurden am 28. August 2015 nach radiologischen Abklärungen posttraumatische Schulterschmerzen rechts mit Myogelosen sowie eine Lumbalgie diagnostiziert (act. 36 S. 3). Am 21. September 2015 nahm er seine Arbeit wieder zu 100 % auf (act. 35 S. 13).

**6.2** Nachdem der Beschwerdeführer seit 31. Oktober 2017 krankgeschrieben war, unterzog er sich von 13. bis 24. November 2017 im Krankenhaus D.\_\_\_\_\_ einer stationären Schmerztherapie bei chronischem Schmerzsyndrom und degenerativer Wirbelsäule. Im Hospitalisationsbericht vom 24. November 2017 wurden als weitere Diagnosen eine Tendinitis calcarea Schulter rechts, eine komplexe Nierenzyste rechts und ein Lungenemphysem genannt. Dem Bericht ist weiter zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer von seit rund 20 Jahren bestehenden Kreuzschmerzen, die mehrfach infiltriert worden seien, und über zuletzt zunehmende Nacken- und Kopfschmerzen berichtet habe. Die Rheumaserologie (RF, anti-CCP) sei negativ ausgefallen. Der neurologische Konsiliardienst habe einen Spannungskopfschmerz sowie eine Cervikobrachialgie rechts diagnostiziert. Wegen des positiven HLA-B27-Werts wurde zur weiteren Abklärung ein MRT der BWS und LWS durchgeführt, bei dem sich primär degenerative Wirbelsäulenveränderungen gezeigt hätten (act. 19 S. 1 ff.). Im Anschluss an die Schmerztherapie wurde der Beschwerdeführer aufgrund thorakaler Schmerzen und Atemnot zwecks Ausschluss eines akuten Koronarsyndroms (ACS) in der Ambulanz des Krankenhauses D.\_\_\_\_\_ von 25. bis 28. November 2017 stationär abgeklärt. Bei den Abklärungen habe sich eine minimale Aortenklappeninsuffizienz gezeigt. Ansonsten hätten sich keine Auffälligkeiten ergeben (Hospitalisationsbericht vom 28. November 2017; act. 19 S. 6 ff.).

**6.3** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Arzt des Krankenhauses D.\_\_\_\_\_ im Bereich Innere Medizin, berichtete am 11. Januar 2018, dass der Beschwerdeführer wegen chronischer Schmerzen in Behandlung sei. Zuletzt sei ein psoriasisähnlicher Ausschlag auf der Kopfhaut aufgefallen. Das eingeholte Konsil habe die Diagnose einer Psoriasis bestätigt. In Zusammenschau mit den Schmerzen wurde die Verdachtsdiagnose einer Psoriasis-Arthritis gestellt und eine Therapie mit einem TNF-Alpha-Inhibitor eingeleitet (act. 19 S. 13). Am 17. Januar 2018 wurde die erste Injektion von Humira durchgeführt (act. 19 S. 14).

**6.4** Laut IV-Arztbericht vom 9. März 2018 des Hausarztes Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, leide der Beschwerdeführer an einem chronischen Schmerzsyndrom, an einer Psoriasis, an einer Tendinitis calcarea an der rechten Schulter, an einem Lungenemphysem und an komplexen Nierenzysten. Zudem sei er HLA-B27 positiv. Der Beschwerdeführer habe Schmerzen am Bewegungsapparat und sei reduziert belastbar (Chronifizierung). Er schaffe es nicht, spazieren zu gehen. Die bisherige



Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Derzeit sei ihm auch eine dem Leiden angepasste Tätigkeit nicht zumutbar (act. 22).

**6.5** Im zuhanden des österreichischen Versicherungsträgers erstellten ärztlichen Gesamtgutachten vom 14. Juni 2018 mit unfallchirurgischer, pneumologischer und internistischer bzw. kardiologischer Evaluation wurde als Hauptdiagnose eine Cervikobrachialgie mit geringen degenerativen Veränderungen ohne Bandscheibenvorfall (ICD-10: M54.82) gestellt. Als Nebendiagnosen wurden eine Tendinosis calcarea an der Schulter rechts (ICD-10: M75.1), ein Emphysem (ICD-10: J43.9), eine geringgradige Aortenklappeninsuffizienz (ICD-10: I35.1) und eine diastolische Relaxationsstörung Grad I genannt. Als weitere Diagnosen wurden der Verdacht auf eine Psoriasis-Arthritis, ein Zustand nach laparoskopischer Cholezystektomie im Jahr 2017 und komplexe Nierenzysten aufgeführt. Der Hauptgutachter Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Unfallchirurgie, hielt fest, dass seitens des Bewegungs- und Stützapparates vollschichtige Arbeitsfähigkeit für mittelschwere körperliche Arbeitsschwere bei wechselnder Arbeitshaltung bestehe. Weitere Einschränkungen wurden im Leistungskalkül festgelegt. Die Nebengutachterin Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, hielt fest, dass aus internistischer Sicht die Arbeitsfähigkeit für mittelschwere körperliche Arbeiten gegeben sei. Aus pulmonologischer Sicht sei der Beschwerdeführer vollschichtig arbeitsfähig für mittelschwere Arbeitsschwere. Gesamtgutachterlich bestehe vollschichtige Arbeitsfähigkeit für mittelschwere Arbeitsschwere bei wechselnder Körperhaltung. Weitere Einschränkungen seien dem Leistungskalkül zu entnehmen (act. 30).

**6.6** Am 26. Juli 2018 wurde im Krankenhaus D. \_\_\_\_\_ wegen seit dem Arbeitsunfall im Jahr 2015 anhaltender Schmerzen in der rechten Schulter eine arthroskopische subacromiale Dekompression (ASD) und eine arthroskopische Resektion des körperformen Schlüsselbeinendes durchgeführt (act. 36 S. 1 f.).

**6.7** Laut Bericht vom 6. August 2018 der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses D. \_\_\_\_\_ stehe der Beschwerdeführer seit 7. Dezember 2017 wegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und einer Anpassungsstörung mit Depression und Angst (ICD-10: F43.2) in ambulanter Behandlung. Er befinde sich in einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand, psychisch sei er deutlich depressiv und ängstlich in Bezug auf seine Zukunft. Er leide offensicht-

lich massiv unter den Schmerzen und könne im Alltag nur sehr wenige Rollenfunktionen übernehmen. Diese Einschränkungen machten ihm sehr zu schaffen, da er bis zur endgültigen körperlichen Dekompensation sehr viel gearbeitet habe und daneben seinen familiären Pflichten mit grossem Engagement nachgekommen sei und diese, soweit es ihm möglich sei, auch weiterhin versuche zu erfüllen (er habe einen Sohn mit Down-Syndrom). Er sei in der Schmerzambulanz des Krankenhauses D. \_\_\_\_\_ in symptomatischer Behandlung. Psychiatrisch werde er immer wieder mit depressiv-ängstlichen Zustandsbildern und einem hohen Leidensdruck vorstellig. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sei aufgrund der chronifizierten somatopsychischen Symptomatik eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit langfristig nicht zu erwarten (act. 31).

**6.8** Der Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ hielt im IV-Verlaufsbericht vom 17. Dezember 2018 fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ab 5. März 2018 eher verschlechtert habe. Als zusätzliche Diagnosen nannte er eine Diskusprotrusion C5/C6 mit Tangierung der Nervenwurzel C6 links (MRT-Befund vom 25. Oktober 2018). Unter Hinweis auf einen beigelegten neurologischen Befundbericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2018 nannte er zudem ein chronisches Schmerzsyndrom, einen episodischen Spannungskopfschmerz, Angst und Panikstörung, und Schlafstörungen als weitere Diagnosen. Nach wie vor sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Dem Beschwerdeführer sei die Ausübung der bisherigen Tätigkeit, wie auch einer anderen Tätigkeit, nicht zumutbar (act. 44 S. 1 ff.).

**6.9** Im Rahmen des Klageverfahrens am Landesgericht (...) wurde der Beschwerdeführer internistisch, neurologisch-psychiatrisch und unfallchirurgisch-orthopädisch begutachtet:

**6.9.1** Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, hielt in seinem Gutachten vom 3. Oktober 2018 fest, dass der Beschwerdeführer an einem beginnenden Lungenemphysem nach langjährigem Zigarettenrauchen (80 py), an einer Nierenzyste rechts, an einer therapierten Cholesterinerhöhung, an einem grenzwertigen Bluthochdruck und an einer Niereninsuffizienz Stadium 1 (von 5) leide. Unter Berücksichtigung der genannten Diagnosen könne der Beschwerdeführer leichte und mittelschwere Tätigkeiten, vorwiegend im Sitzen, fallweise im Gehen und Stehen, im Freien und in geschlossenen Räumen, unter absolutem Schutz von Kälte, Nässe und Zugluft ausüben. Die tägliche Arbeitszeit könne 8 Stunden mit üblichen Unterbrechungen betragen. Nicht möglich seien schwere Arbeiten. Möglich

sei fortlaufendes Tragen von Lasten zwischen 2 und 10 kg bis 10 m mit nur kurzen Erholungspausen. Zu vermeiden sei Nacht-, Schicht- oder Akkordarbeit (act. 53).

**6.9.2** Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Unfallchirurgie, nannte in seinem Gutachten vom 11. Oktober 2018 die folgenden Diagnosen:

- Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen LWS-Veränderungen mit Bandscheibenverschmälerung L3-L5 mit Knochenmarksödem an den Endplatten ohne peripher-radikuläre Symptomatik
- Chronisches Cervicalsyndrom bei degenerativen HWS-Veränderungen ohne peripher-radikuläre Symptomatik
- Chronische Dorsalgie bei degenerativen BWS-Veränderungen
- Leichtgradiges Impingementsyndrom Schulter rechts
- Zustand nach lateraler Schlüsselbeinresektion und subacromialer Dekompression Schulter rechts
- Zustand nach vorderer Kreuzbandruptur und medialer Knieseitenbandruptur Kniegelenk links

Der unfallchirurgische Gutachter kam zum Schluss, dass leichte körperliche Arbeiten zumutbar seien. Die Arbeiten könnten im Gehen, Stehen und Sitzen getätigt werden, ein Wechsel der Körperhaltung sollte möglich sein, ein bestimmter Rhythmus oder eine bestimmte Dauer seien dabei einzuhalten. Arbeiten im Freien und in geschlossenen Räumen seien unter Vermeidung von Nässe, Zugluft und Kälte möglich. Eine Arbeitszeit von täglich 4 Stunden sei möglich. Nicht möglich seien mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten. Das Heben und Tragen bis 10 m von Lasten zwischen 1 und 2 kg fortlaufend ohne Erholungspausen sei möglich. Nicht möglich seien Arbeiten in gebückter Körperhaltung sowie Arbeiten in längerer Zwangshaltung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule. Nicht möglich seien auch Überkopfarbeiten, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten oder sonstigen exponierten Stellen sowie häufiges, routinemäßiges Treppensteigen und kniende Arbeiten (act. 55).

**6.9.3** Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, hielt in seinem Gutachten vom 15. Januar 2019 die folgenden Diagnosen fest:

- Anpassungsstörung mit Depression und Angst (ICD-10: F43.2)

- Cervicalsyndrom (klinisch neurologisch keine radikuläre Symptomatik, bildgebend dorsale Osteochondrosezeichen am Bandscheibenniveau C5/C6 mit höhergradiger linksseitiger Forameneinengung, neurovaskuläre Impression des Myelon rechts im Niveau des Foramen magnum)
- Lumbalsyndrom (klinisch neurologisch Hypaesthesie L4-S1 rechts angegeben, bildgebend leicht erniedrigter Bandscheibenraum L5/S1, einzelne Modic-II-Residuen dorsal bei L3/L4, keine spinale oder foraminelle Beengung zu erkennen)

Der Beschwerdeführer könne noch leichte körperliche und mittelschwere geistige Arbeiten verrichten. Möglich seien Arbeiten im Gehen, Sitzen und Stehen. Ein Wechsel der Körperhaltung sei jede Stunde nötig, wobei eine Unterbrechung der Arbeit nicht nötig sei. Die Dauer des Wechsels der Körperhaltung sollte einige Minuten betragen. Die Exposition gegenüber Kälte, Nässe und Zugluft sei zu vermeiden. Eine Arbeitszeit von 6 Stunden pro Tag sei zumutbar. Nicht zumutbar seien häufiges und routinemässiges Bücken, Überkopfarbeiten, Arbeiten auf Gerüsten und Leitern, Arbeiten an exponierten Stellen, Arbeiten mit häufigem Treppensteigen, Nacharbeiten, Arbeiten am Fließband und Arbeiten im Akkord (act. 54).

**6.9.4** Im zusammenfassenden Invaliditätsgutachten vom 30. Januar 2019 hielt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ gestützt auf die drei oben aufgeführten Gutachten fest, dass der Beschwerdeführer leichte körperliche Arbeiten, mittelschwere geistige Arbeiten mit durchschnittlichem Zeitdruck, Arbeiten vorwiegend im Sitzen, fallweise im Gehen und Stehen, Arbeiten im Freien und in geschlossenen Räumen, unter absolutem Schutz vor Kälte, Nässe und Zugluft verrichten könne. Die tägliche Arbeitszeit könne 4 Stunden betragen. Nicht möglich seien schwere und mittelschwere Arbeiten. Möglich sei Heben und Tragen bis 10 m von Lasten zwischen 1 und 2 kg fortlaufend ohne Erholungspausen. Nicht möglich seien Arbeiten in gebückter Körperhaltung, Arbeiten in längerdauernder Zwangshaltung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, Überkopfarbeiten, Fließbandarbeiten, Arbeiten auf Leitern, Gerüsten oder sonstigen exponierten Stellen, häufiges, routinemässiges Treppensteigen, kniende Arbeiten, Nacht-, Schicht- oder Akkordarbeit (act. 48).

**6.10** Im ersten Einwandverfahren reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom 27. März 2019 ein. Dieser nannte folgende Diagnosen: Psoriasis-Arthritis, HLA-27-Positivität, Morbus Bechterew, Bursitis subacromialis rechts, Cervikalsyndrom, Diskusprolaps C5-6 mit Aktivierungsödem, Duodenogastraler Reflux

und Hiatushernie mit Refluxösophagits, Gastritis bei Dyspepsie, GI-Blutung, IgA-Banden, Impingement rechte Schulter. Seit der Behandlung mit Humira sei die Morgensteifigkeit etwas besser, die polyätiologischen Schmerzen und Funktionseinschränkungen bestünden weiter. Arbeiten, die ein Infektionsrisiko darstellten, seien medizinisch nicht zulässig. Weiterhin erscheine der Beschwerdeführer in seinem Beruf als Maurer nicht arbeitsfähig (act. 65 S. 3 f.).

**6.11** Aufgrund von Atembeschwerden bei Anstrengung und im Liegen wurde der Beschwerdeführer am 2. April 2019 von Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Lungenkrankheiten, untersucht. Dieser führte im Bericht vom 8. April 2019 aus, dass eine Bronchitis bei radiologisch nachgewiesenem Emphysem und einem Zustand nach Nikotinabusus bestehe. Bei Verdacht auf ein Asthma bronchiale leitete er eine Therapie mit Seretide ein. Es bestehe eine massive Ruhedyspnoe mit Zeichen ausgeprägter Hyperventilation bei starken chronischen Schmerzen und schwierigen Atemwegen infolge HWS-Beeinträchtigung. Ein COPD wurde lungenfunktionell bzw. eine pulmonale Embolie mittels Thorax-CT ausgeschlossen. Die durchgeführte Lungenfunktionsprüfung war unauffällig (act. 67).

**6.12** Im weiteren Verlauf wurde der Beschwerdeführer auf Anraten des RAD (act. 99 S. 16 oben) im Auftrag der kantonalen IV-Stelle von Fachärzten des Instituts E. \_\_\_\_\_ in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Pneumologie und Psychiatrie polydisziplinär begutachtet (act. 81).

**6.12.1** Im Gutachten vom 24. September 2019 wurden unter Berücksichtigung aller Fachdisziplinen die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- Chronische Bronchitis (ICD-10: J41), Verdacht auf Hyperventilationssyndrom (ICD-10: F45.33)
  - Lungenfunktion 5/2018: FEV1 3,84 l (98%), FVC 4,95 l (95%), spO2 96%
  - 4/2019: Prick Test negativ, TSH, D-Dimer, alpha-1-Antitrypsin normal
  - ABGA: ausgeprägte Hyperventilation pH 7.46, pO2 83.9 mmHg, pCO2 28.6 mmHg
  - Plethysmographie i.N., keine Diffusionsstörung, Thorax CT i.N.
  - Atemwegsprovokationstest 5/2019: negativ
  - Status nach Nikotinabusus bis 5/2018, ca. 60 py (ICD-10: F17.1)

- Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0)
- Chronifiziertes lumbalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.8)
  - mechanisch-degenerative Beschwerdeursache bei radiomorphologisch mässigen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen
  - anamnestisch, klinisch und radiomorphologisch keine klaren Hinweise auf eine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung (i.e. Spondylarthritis bei aktinmässig dokumentierter Psoriasis capillitii et inversa)
- Persistierende leichte schmerzhafte Funktionseinschränkung rechte Schulter (ICD-10: M75.4)
  - Status nach Schulterarthroskopie mit subakromialer Dekompression und lateraler Klavikularesektion bei Impingement-Syndrom und AC-Arthrose 07/2018
- Persistierende belastungsabhängige Knieschmerzen links (ICD-10: M17.5)
  - St. n. vorderer Kreuzbandersatzoperation 2007

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter:

- Inkomplettes metabolisches Syndrom (ICD-10: E88.9)
  - Übergewicht, BMI 28 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10: E66.0)
  - arterielle Hypertonie (ICD-10: I10)
  - Hypercholesterinämie (ICD-10: E78.0)
- Chronische Refluxösophagitis (ICD-10: K21.0)
- Aktenanamnestisch Nierenzyste rechts (ICD-10: N28.1)
- leichte Niereninsuffizienz Stadium G2 nach KDIGO (ICD-10: N18.2)
  - DD: Nephroangiosklerose
- Anamnestisch Psoriasis (ICD-10: L40)
  - aktuell keine Hautläsionen fassbar

**6.12.2** Gegenüber den Gutachtern klagte der Beschwerdeführer insbesondere über belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule bis ins Becken, insbesondere im Nacken mit Ausstrahlung in beide Arme bis in die Fingerspitzen. Er leide auch an erhöhter Ermüdbarkeit. Weiter habe er Schmerzen im Bereich der Schultern beidseits (rechtsbetont), Knieschmerzen und eine Knieschwellung links bei Status nach

Knieoperation. Auch habe er Gelenkschwellungen und Schmerzen im Bereich der Ellbogen. Er leide unter einer Schuppenflechte mit Gelenkbeteiligung. Weiter leide er unter einer Kurzatmigkeit mit Atemnot und Hustenattacken, insbesondere nachts, aber auch bei geringster Anstrengung. Er habe eine Nierenzyste rechts und eine Doppelniere, er leide unter Flankenschmerzen. Aufgrund seiner körperlichen Beschwerden könne er sich keine berufliche Erwerbstätigkeit mehr vorstellen.

**6.12.3** Die Gutachter führten in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen in der interdisziplinären Beurteilung aus, dass die aus allgemeininternistischer Sicht gestellten Diagnosen zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. Aus pneumologischer Sicht seien wegen der chronischen Bronchitis mit Verdacht auf ein Hyperventilationssyndrom Tätigkeiten mit Exposition gegenüber Kälte, Nässe und Staub ungeeignet. Die zuletzt ausgeübte und jede andere Tätigkeit sei aus pneumologischer Sicht zu 80 % zumutbar. Die aus psychiatrischer Sicht festgestellte Somatisierungsstörung führe ebenfalls zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Aus rheumatologischer Sicht seien körperlich schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten und somit auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Jede andere körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten mit dem rechten Arm sei dem Beschwerdeführer zumutbar. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe in einer angepassten Tätigkeit (jede körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne starke Belastung und ohne Überkopftätigkeiten mit dem rechten Arm sowie ohne monoton repetitive Haltungen oder Bewegungen sowie Tätigkeiten, bei welchen der Beschwerdeführer nicht Kälte oder Nässe ausgesetzt ist) eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei einer maximalen Präsenzzeit von 8 Stunden mit erhöhtem Pausenbedarf. Die Einschränkungen aus polydisziplinärer Sicht ergänzten sich und seien nicht additiv, es könnten die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden. In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit der definitiven Arbeitsniederlegung am 31. Oktober 2017 nicht mehr arbeitsfähig.

**6.13** Mit seinem zweiten Einwand vom 3. Februar 2020 reichte der Beschwerdeführer Berichte von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 14. November 2019, von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2019, von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 26. November 2019 sowie neue Röntgenbefunde vom 11. November 2019 ein, in denen im Wesentlichen die bereits bekannten Diagnosen genannt wurden. Weiter reichte er einen Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, vom 13. Januar 2020 ein, der

als Diagnosen aus seinem Fachgebiet ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) nannte. Er hielt fest, aus fachärztlicher Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund der multiplen Beschwerden und der massiv verminderten Belastbarkeit als nicht arbeitsfähig einzustufen, da ansonsten wiederum eine Exazerbation der psychischen Erkrankung drohe (act. 95 S. 16 f.). Weiter reichte der Beschwerdeführer einen von der behandelnde Ärztin Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, am 30. Dezember 2019 ausgefüllten Fragebogen ein. Darin hielt diese fest, dass sie nicht mit den Institut E.\_\_\_\_\_-Gutachten einverstanden sei, wonach eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer gemäss Zumutbarkeitsprofil angepassten Tätigkeit vorhanden sei, da der Beschwerdeführer in Ruhe ebenso wie bei leichter Bewegung starke Schmerzen habe, die auch mit konventionellen Schmerzmitteln aktuell nicht mehr unter Kontrolle zu bringen seien. Die angepasste Tätigkeit, wie sie im Gutachten beschrieben sei, treffe im Wesentlichen auf sitzende Berufe zu, welche der Beschwerdeführer aufgrund seiner Wirbelsäulenerkrankung aber nur eingeschränkt ausüben könne (act. 95 S. 12 f.).

## 7.

Unbestritten und aufgrund der medizinischen Unterlagen ausgewiesen ist, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung seiner angestammten, körperlich schweren Tätigkeit als Maurer aufgrund seiner Rücken- und Schulterbeschwerden seit dem 31. Oktober 2017 nicht mehr zumutbar ist. Strittig und zu prüfen ist seine Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit.

**7.1** Die Vorinstanz stützt sich in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das polydisziplinäre Institut E.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 24. September 2019 ab, wonach der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist (Pensum 100 % mit erhöhtem Pausenbedarf). Der RAD-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, hat sich der Einschätzung der Institut E.\_\_\_\_\_-Gutachter – ohne Begründung – in Bezug auf die Beurteilung der vorliegenden Gesundheitsschäden und der Festlegung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers angeschlossen (Interne Notiz vom 29. Oktober 2019; act. 99 S. 18 f.).

**7.2** Der Beschwerdeführer macht geltend, dass für die Beurteilung seines Leistungsanspruchs nicht auf das Institut E.\_\_\_\_\_-Gutachten abgestellt



werden dürfe. In psychiatrischer Hinsicht bedürfe es einer klärenden Expertise, da die Diagnosen des Institut E. \_\_\_\_\_-Teilgutachters und des österreichischen Gerichtsgutachters voneinander abweichen würden. Dazu komme, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischenzeitlich massiv verschlechtert habe, was sich aus dem Bericht von Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2020 ergebe. Die Vorinstanz habe sich mit diesem Arztbericht nicht auseinandergesetzt. Aufgrund der neuen Diagnose sei von einer Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Auch in rheumatologischer bzw. orthopädisch-unfallchirurgischer Hinsicht widerspreche die Einschätzung des Institut E. \_\_\_\_\_-Teilgutachters jener des österreichischen Gerichtsgutachters, weshalb die Vorinstanz verpflichtet gewesen wäre, ein Drittgutachten einzuholen. Hinzu komme, dass sich der Gesundheitszustand auch in rheumatologischer bzw. orthopädisch-unfallchirurgischer Hinsicht gemäss dem Bericht von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 14. November 2019 zwischenzeitlich massiv verschlechtert habe. Die Vorinstanz habe es unterlassen, sich mit den von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ neu gestellten Diagnosen auseinanderzusetzen.

**7.3** Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachten beruht auf internistischen, rheumatologischen, pneumologischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der relevanten medizinischen Vorakten abgegeben. Des Weiteren erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Insoweit erfüllt das Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachten die formalen Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiswertige medizinische Beurteilungsgrundlage. Im Folgenden ist zu klären, ob das Gutachten inhaltlich zu überzeugen vermag bzw. ob im Lichte der Einwände des Beschwerdeführers konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

**7.4** Nicht strittig und aufgrund des überzeugenden Institut E. \_\_\_\_\_-Teilgutachtens ausgewiesen ist, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt ist. Anhand der erhobenen Befunde nachvollziehbar ist auch die Schlussfolgerung des Gutachters, dass die beklagte erhöhte Ermüdbarkeit allgemeininternistisch nicht erklärbar ist. Widersprüche zu den internistischen Vorgutachten von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2018 und von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 12. Juni 2018, in denen ebenfalls je eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert wurde, sind nicht ersichtlich.

**7.5** Im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung beim Institut E. \_\_\_\_\_ wurden nach Erhebung der Anamnese die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden am Bewegungsapparat, namentlich im Bereich des Rückens, der Schultern und der Knie, fachärztlich abgeklärt und diagnostisch erfasst. Der Gutachter nahm eine klinische Untersuchung vor – die allerdings mit Blick auf deren zentrale Bedeutung bei der Wirbelsäule betreffenden Diagnosen (vgl. Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2) etwas knapp dokumentiert wurde – und erhob dabei auch den Neurostatus. Der Gutachter zog zudem aktuelle MRI- und Röntgenbefunde der HWS und LWS vom 24. Januar 2019 bei.

**7.5.1** Der Institut E. \_\_\_\_\_-Experte hat das Vorliegen einer chronisch entzündlichen Erkrankung der Wirbelsäule und der Gelenke, insbesondere einer Schuppenflechtenarthritis (Psoriasis-Arthritis), ausgeschlossen. Er hielt fest, dass sich weder in der klinischen Untersuchung noch aus den MRI- und Röntgenbildern vom Januar 2019 Hinweise auf eine entzündliche Gelenkerkrankung gezeigt hätten. Er hielt weiter fest, dass gemäss den Akten auch die immunsuppressive Behandlung mit Humira (ein Arzneimittel, das laut Fachinformation unter anderem zur Behandlung der Psoriasis-Arthritis indiziert ist) nicht aufgrund von offensichtlichen bzw. objektivierbaren entzündlichen Veränderungen eingeleitet worden sei, sondern wegen der chronischen Schmerzsymptomatik im Kontext einer Psoriasis und eines positiven HLA-B27-Werts. Der Institut E. \_\_\_\_\_-Experte erachtete die Diagnosestellung der behandelnden Ärzte und das Vorgehen bei der Behandlung insbesondere aufgrund des anamnestisch ganz überwiegend mechanischen Beschwerdecharakters als schwierig nachvollziehbar. Die geschilderte Beschwerdelinderung unter der Behandlung mit Humira könnte laut dem Gutachter mit der günstigen Beeinflussung von entzündlichen Komponenten im Rahmen der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen erklärbar sein. Weiter wies er darauf hin, dass der grösste Teil der Menschen mit einem positiven HLA-B27-Wert nicht unter einer entzündlich-rheumatologischen Erkrankung leide. Die Begründung des Instituts E. \_\_\_\_\_-Experten ist schlüssig und lässt sich nachvollziehen, zumal auch den medizinischen Vorakten keine klinischen Befunde zu entnehmen sind, die auf eine entzündliche Erkrankung der Wirbelsäule und der Gelenke hinweisen.

**7.5.2** Die im Vordergrund stehenden Rückenschmerzen wurden vom rheumatologischen Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachter diagnostisch als chronifiziertes lumbalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8) eingeordnet. Er kam gleich wie die beiden österreichischen Vorgutachter Dr.

med. H. \_\_\_\_\_ und Dr. med. L. \_\_\_\_\_ zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer mechanisch-degenerative Veränderungen der Wirbelsäule ohne eine radikuläre Symptomatik bestehen, was mit Blick auf die erhobenen klinischen und radiologischen Befunde sowie dem vom Beschwerdeführer geschilderten überwiegend mechanischen Schmerzcharakter mit nur geringen nächtlichen Schmerzen und Zunahme der Schmerzen bei Belastungen einleuchtet. Hinsichtlich des Schweregrads dieser degenerativen Schäden, der daraus resultierenden Funktionseinschränkungen und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – der zentralen Grundlage für die Invaliditätsbemessung – bestehen indes erhebliche und nicht miteinander in Einklang zu bringende Unterschiede zwischen dem rheumatologischen Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachten (Untersuchung am 28. August 2019) und dem unfallchirurgischen Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2018 (Untersuchung am 8. Oktober 2018), das ebenfalls auf einer eingehenden klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers basiert und unter Berücksichtigung aktueller radiologischer Befunde erging.

**7.5.2.1** Der Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachter ging von leicht- bis höchstens mässiggradigen Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule aus. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule habe beidseits ca. 60° betragen, die Lateralflexion und Extension sei je um ein Drittel eingeschränkt gewesen. Die Beweglichkeit der LWS und der BWS sei allseitig um einen Drittel vermindert. Die von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ rund zehn Monate zuvor durchgeführte Bewegungsprüfung der Wirbelsäule ergab im Bereich der Halswirbelsäule Einschränkungen in der Rotation (beidseits 25° anstatt 60°), der Seitwärtsneigung (20° und 30° anstatt 45°) und der Flexion und Extension (je 20° anstatt 45°), die er als höhergradig wertete. Im Bereich der BWS/LWS dokumentierte er Einschränkungen in der Rotation (beidseits 25° anstatt 45°), der Seitwärtsneigung (10° und 20° anstatt 40°) sowie der Flexion und Extension (je 20° anstatt 120° und 30°). Die globale Beweglichkeit der LWS stufte der österreichische Vorgutachter ebenfalls als höhergradig eingeschränkt ein. Der Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachter ist auf diese diskrepanten Ergebnisse der Bewegungsprüfung nicht eingegangen. Da er die Winkelgrade seiner Bewegungsprüfung (mit Ausnahme der Rotation der HWS) nicht angegeben hat, ist auch ein direkter Vergleich der Resultate der Bewegungsprüfung nicht möglich. Weiter fällt auf, dass Dr. med. L. \_\_\_\_\_ im klinischen Befund einen ausgeprägten Muskelhartspann im Bereich der LWS und einen Trapeziushartspann im Bereich der HWS erhoben hat. Der Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachter hat die Palpation der paravertebralen Muskulatur und des Trapezius dagegen nicht dokumentiert, weshalb sein Befund diesbezüglich unvollständig ist und ein Vergleich mit dem Vorgutachten

auch diesbezüglich nicht möglich ist. Zudem liess sich im Rahmen der Untersuchung bei Dr. med. L. \_\_\_\_\_ das Nervendehnungszeichen nach Lasague beidseits bei 30° provozieren, während der entsprechende Test bei der Institut E. \_\_\_\_\_-Begutachtung negativ ausfiel.

**7.5.2.2** In seiner Stellungnahme vom 15. Mai 2020 hielt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ nach nochmaligem Anschauen seines Gutachtens vom 11. Oktober 2018 fest, dass sich ihm damals bei der klinischen Untersuchung ein schwer schmerzgeplagter, in gebückter Haltung sich fortbewegender, von ausgeprägtem Schmerzhinken begleiteter zu Untersuchender gezeigt habe. Das Achsenskelett sei in allen Ebenen ausgesprochen bewegungseingeschränkt gewesen bei hoch positivem Lasague-Test ohne Hinweis auf eine peripher-radikuläre Störung. Bei den am Untersuchungstag durchgeführten Röntgen der Wirbelsäule hätten sich verschleissbedingte Veränderungen im Sinne einer Spondylarthrose der unteren Lendenwirbelsäule sowie der Halswirbelsäule gezeigt. Aus der Kombination der radiologischen Befundlage und des klinischen Untersuchungsergebnisses, insbesondere aber des glaubhaft schwer schmerzgeplagten Zustandsbildes und auch unter dem Aspekt einer psychischen Überlagerung (welche noch psychiatrisch fachärztlich begutachtet werden sollte) habe er das tägliche Arbeitspensum auf 4 Stunden eingeschätzt. Die Einschätzung der 4-stündigen Arbeitsfähigkeit ergab sich aus der Kombination des gutachterlichen Gesamteindrucks des zu Untersuchenden sowie den objektiven klinischen und radiologischen Parametern.

**7.5.2.3** Aus dem Dargelegten ergibt sich, dass der Vorgutachter Dr. med. L. \_\_\_\_\_ seine Schlussfolgerungen auf einer anderen Befundlage als der Institut E. \_\_\_\_\_-Experte getroffen hat. Damit handelt es sich bei seinem Gutachten nicht lediglich um eine abweichende medizinische Einschätzung, welche das Administrativgutachten nicht in Frage zu stellen vermag. Der Einschätzung des Rechtsdienstes der kantonalen IV-Stelle, der in einer internen Notiz vom 12. März 2020 festhielt, dass die österreichischen Gerichtsgutachter lediglich den gleichen Sachverhalt teilweise betreffend die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anders beurteilt hätten (act. 99 S. 23), kann somit nicht gefolgt werden. Die Diskrepanzen in der Befunderhebung sind für einen medizinischen Laien nicht nachvollziehbar, zumal sich aus den Akten keine Anhaltspunkte auf ein inkonsistentes Verhalten des Beschwerdeführers oder auf eine Verbesserung der degenerativ-mechanischen Symptomatik zwischen der Begutachtung im Oktober 2018 und der Begutachtung im August 2019 ergeben. Allerdings wurde die Fest-

stellung eines hoch positiven Lasegue-Tests ohne Hinweise auf eine peripher-radikuläre Störung weder durch Dr. med. L. \_\_\_\_\_ noch den Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachter medizinisch gewürdigt; zudem hat Dr. med. L. \_\_\_\_\_ bei seiner Einschätzung nicht unwesentlich auf den Eindruck eines «schwer schmerzgeplagten Zustandsbilds» abgestellt. Der Experte des Instituts E. \_\_\_\_\_ hat in seinem Teilgutachten lediglich festgehalten, die im Gutachten vom Oktober 2018 (gemeint ist das Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2018) attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % für eine körperlich leichte Tätigkeit könne angesichts der mässiggradigen Ausprägung der objektivierbaren klinischen und radiomorphologischen Pathologie nicht nachvollzogen werden. Weiter respektive einlässlich hat er sich jedoch nicht mit der abweichenden Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit auseinandergesetzt, insbesondere hat er die bestehenden Abweichungen nicht begründet bzw. sich dazu nicht erklärend geäußert (vgl. die von der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie herausgegebenen Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung, Juli 2016, S. 7). Es genügt nicht, die Einschätzung von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ als nicht nachvollziehbar zu bezeichnen. Vielmehr wäre eine eingehende Auseinandersetzung mit dessen Beurteilung und eine sorgfältige und nachvollziehbare medizinische Begründung der abweichenden Schlussfolgerung erforderlich gewesen. Enthält das Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachten somit keine angemessene, nachvollziehbare Auseinandersetzung mit der abweichenden Meinung des Vorgutachters Dr. med. L. \_\_\_\_\_, so stellt dies ein konkretes Indiz gegen die Zuverlässigkeit der Expertise dar (vgl. Urteil des BGer 9C\_288/2020 vom 10. März 2021 E. 3.4).

**7.5.3** Was die Schlussfolgerung des Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachters anbelangt, dass durch die klinischen und radiomorphologischen Befunde das hochgradige Ausmass der geschilderten Schmerzsymptomatik und der Behinderung nicht begründet werden könne, auch wenn eine belastungsabhängige Schmerzsymptomatik an der Wirbelsäule als Folge der mässiggradigen Degenerationen durchaus nachvollziehbar sei, so vermag diese Einschätzung angesichts der soeben dargelegten Diskrepanzen zum Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_, der die geltend gemachten Schmerzen nachvollziehen konnte, ebenfalls nicht zu überzeugen. Es fehlen nachvollziehbare Überlegungen zur medizinischen Objektivierbarkeit des Ausmasses der medizinisch objektiv begründbaren Einschränkungen angesichts des Ausmasses des subjektiv geklagten Leidens. Zudem fehlt es im Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachten trotz den vom Beschwerdeführer angegebenem seit

vielen Jahren bestehenden starken Schmerzen bereits an einer detaillierten Schmerzanamnese (insbesondere detaillierte Angaben zu Lokalisation, Häufigkeit, Dauer und Charakter der Schmerzen, Abhängigkeit von verschiedenen Körperhaltungen, Tätigkeiten und Tageszeiten). Auch eine Auseinandersetzung mit dem Verhalten des Beschwerdeführers während der Untersuchung in Bezug auf die von ihm beklagten Schmerzen fehlt fast vollständig, dies auch bezüglich des Vorgutachtens. Der rheumatologische Gutachter hat sich lediglich zum Verhalten des Beschwerdeführers beim Betreten des Untersuchungsraums und beim Entkleiden geäußert. Nicht dokumentiert und diskutiert wird dagegen, wie sich der Beschwerdeführer im Laufe der gesamten Untersuchung verhalten hat und wie sein Verhalten mit den angegebenen Schmerzen zusammenpasst (auch hinsichtlich der Alltagsaktivitäten).

**7.5.4** Insgesamt erweist sich die rheumatologische Beurteilung des Instituts E. \_\_\_\_\_ als zu oberflächlich in der Anamnese- und Befunderhebung und unvollständig in der versicherungsmedizinischen Diskussion, insbesondere fehlt es an einer ausreichenden Auseinandersetzung mit dem abweichenden Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2018.

**7.6** Der pneumologische Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachter kam zum Schluss, dass lungenfunktionell und radiologisch weder eine bronchiale Hyperreagibilität, eine obstruktive Ventilationsstörung noch ein Lungenemphysem nachgewiesen sei. Aufgrund der Anamnese, der fehlenden Belastungshypoxämie und der arteriellen Blutgasanalyse bestehe der Verdacht auf ein Hyperventilationssyndrom. Obwohl die versicherungsmedizinische Würdigung im pneumologischen Teilgutachten sehr knapp ausgefallen ist, lassen sich die darin gezogene Schlussfolgerung grundsätzlich nachvollziehen. Nicht klar beantwortet hat der Gutachter aber die Frage, ob die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Atemnot aus pneumologischer Sicht objektiviert werden kann. Insoweit erweist sich seine Beurteilung als unvollständig. Der pneumologische Gutachter hat die von ihm attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % mit dem chronischen Husten und dem Hyperventilationssyndrom begründet. Da er das Hyperventilationssyndrom aber lediglich als Verdachtsdiagnose stellte, dabei also beweismässig nicht von einem gesicherten Leiden ausgegangen werden kann (Urteil des BGer 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3), vermag auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen. Weiter fällt auf, dass die vom pneumologischen Gutachter als zumutbar festgelegte Präsenzzeit in einer angepassten Tätigkeit von 80 % im Rahmen der inter-

disziplinären Gesamtarbeitsfähigkeitseinschätzung keine Berücksichtigung fand. So wurde in der Konsensbeurteilung eine maximale Präsenz in einer angepassten Tätigkeit von 8 Stunden festgelegt, ohne dass sich die Gutachter aber dazu geäußert haben, weshalb die im pneumologischen Teilgutachten attestierte zeitliche Einschränkung nicht zu berücksichtigen ist. Diese Abweichung kann damit nicht nachvollzogen werden. Unklar ist auch, ob dem rheumatologisch bedingten Bedarf des Beschwerdeführers nach vermehrten Ruhe- und Erholungspausen mit einem 80 %-Pensum ausreichend Rechnung getragen würde bzw. ob bei einem Pensum von 80 % zusätzlich von einer leistungsmässigen quantitativen Einschränkung aus pneumologischer Sicht ausgegangen werden müsste. Vor diesem Hintergrund vermag auch die interdisziplinäre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einer leidensangepassten Tätigkeit nicht zu überzeugen.

**7.7** Gemäss psychiatrischem Teilgutachten (Untersuchung vom 28. August 2019) leidet der Beschwerdeführer an einer Somatisierungsstörung, die seine Arbeitsfähigkeit um 20 % einschränkt.

**7.7.1** Der Institut E. \_\_\_\_\_-Gutachter hat diese Diagnose damit begründet, dass das Ausmass der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden und seine subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, nicht hinreichend objektiviert werden könnten, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Da der Beschwerdeführer nicht nur über Schmerzen, sondern auch über vegetative Beschwerden, über Atembeschwerden und Schwächegefühle klagt, liege diagnostisch eine Somatisierungsstörung vor. Abgesehen davon, dass der Institut E. \_\_\_\_\_-Experte die Herleitung dieser Diagnose mit Blick auf die im Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Kriterien nicht ausreichend detailliert begründet hat (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 10. Aufl. 2015, S. 225 ff.), kommt die Stellung einer Diagnose aus dem Formenkreis der somatoformen Störungen (ICD-10: F45) sachlogisch überhaupt erst nach ausreichender somatischer Abklärung und Prüfung einer organischen Erklärbarkeit der vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen und Beschwerden in Betracht (vgl. HENNINGSSEN/SCHICKEL, in: Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Schneider et al. [Hrsg.], 2. Aufl. 2016, S. 310 Rz. 15; Urteil des BVGer C-1005/2020 vom 2. Juli 2021 E. 7.6.3). Da, wie oben dargelegt wurde, im Rahmen der rheumatologischen und pneumologischen Teilgutachten nicht genügend geklärt wurde, inwieweit die organisch nachweisbaren Befunde die angegebenen schmerzbedingten Beschwerden und die Atemnot des

Beschwerdeführers zu erklären vermögen, kann die Frage nach dem Vorliegen einer somatoformen Störung nicht abschliessend beantwortet werden. Aus diesen Gründen fehlt es an einer rechtsgenügenden, für den Rechtsanwender nachvollziehbaren fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung. Eine solche ist jedoch Bedingung für eine Einschätzung der daraus fliessenden funktionellen Folgen und damit der Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V 281 E. 2.2.1; vgl. BGE 9C\_822/2014 vom 29. Oktober 2015 E. 5.2.2).

**7.7.2** Soweit der Institut E. \_\_\_\_\_-Experte die von ihm erhobene leichtgradig ausgeprägte depressive Verstimmung nicht als eigenständige depressive Störung eingestuft hat, erscheint das angesichts des erhobenen Befundes schlüssig. Gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (3. Aufl. 2016, S. 23) müssen bei der Prognose der Leistungsfähigkeit die Merkmale der unterschiedlichen Beurteilungsebenen aber nicht nur im «Hier und Jetzt» (Querschnitt) untersucht, sondern grundsätzlich auch in ihrem Verlauf (Längsschnitt, retrospektiv und prospektiv) eingeschätzt werden, um Aussagen über die zukünftige Entwicklung und Beeinflussbarkeit durch therapeutische und/oder rehabilitative Interventionen treffen zu können (vgl. Urteil des BGer 9C\_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E. 4.2.1.2). Vor diesem Hintergrund erweist sich die Einschätzung des psychiatrischen Institut E. \_\_\_\_\_-Experten angesichts der im Längsschnitt im Bericht der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses D. \_\_\_\_\_ vom 6. August 2018 (siehe oben E. 6.7) und im Gutachten von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2019 ausgeprägter beschriebenen Befunde (reduzierter Allgemeinzustand, deutlich depressiv und ängstlich, leicht bis mittelschwere Störungen im Affekt, leichte Einschränkungen im formalen Denken) als zu oberflächlich, zumal er keine Diskussion und Beurteilung des Verlaufs der Symptomatik und der durchgeführten ambulanten Behandlung im Längsschnitt vorgenommen hat (vgl. Urteil des BVGer C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 E. 6.5.8.2).

**7.7.3** Da somit bereits die diagnostische Einordnung der psychischen Leiden des Beschwerdeführers nicht abschliessend geklärt sind, kann auf die psychiatrische Beurteilung durch das Institut E. \_\_\_\_\_ für die Anspruchsprüfung nicht abgestellt werden. Es erübrigt sich die Prüfung, ob die Einschätzung auch mit Blick auf die Standardindikatoren zu überzeugen vermag. Diesbezüglich ist aber darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Gutachter im Rahmen seiner Beurteilung zwar zu einzelnen Standardindikatoren Stellung genommen, sich jedoch nicht klar zum Schweregrad der



von ihm diagnostizierten Somatisierungsstörung geäussert und nicht dargelegt hat, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde auch vor dem Hintergrund, dass seiner Ansicht nach die Therapiemöglichkeiten bereits ausgeschöpft sind, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (vgl. Urteil des BGer 8C\_280/2021 vom 17. November 2021 E. 6.2.1). Schliesslich fehlt es im Gutachten an Feststellungen zum Komplex «Persönlichkeit» (BGE 141 V 281 E. 4.3.2). Der Gutachter hat nur festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von seiner Persönlichkeit her nicht beeinträchtigt sei (Gutachten S. 41 f.), ohne diese Schlussfolgerung zu begründen.

**7.7.4** Weiter ist zu beachten, dass der behandelnde Psychiater Dr. med. P.\_\_\_\_\_ in seinem nach der Begutachtung beim Institut E.\_\_\_\_\_ erstellten Bericht vom 13. Januar 2020 neben einer chronischen Schmerzstörung eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F32.1) diagnostiziert und ausgeprägtere depressive Befunde als der Institut E.\_\_\_\_\_ -Experte erhoben hat (Auffassung und Konzentration etwas gemindert, psychomotorisch deutlich unruhig, Ängste angegeben, im Denken formal etwas weitschweifig und auf die körperlichen Beschwerden eingeeengt, Stimmung bedrückt, Antrieb gemindert, massiv verminderte Belastbarkeit angegeben, unter Stress auch vegetative Symptomatik, Ein- und Durchschlafstörungen). Da dieser Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_\_ weder dem Psychiater des Instituts E.\_\_\_\_\_ noch einem Facharzt des RAD zur Stellungnahme vorgelegt wurde, kann nicht nachvollzogen werden, ob sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach der Begutachtung durch das Institut E.\_\_\_\_\_ in anspruchsvoller Weise verschlechtert hat, was der Beschwerdeführer zu Recht bemängelt.

**7.8** Aus dem Dargelegten folgt, dass für die Leistungsbeurteilung nicht auf das polydisziplinäre Gutachten des Instituts E.\_\_\_\_\_ vom 24. September 2019 abgestellt werden kann.

**7.9** Eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs ist auch gestützt auf die ärztlichen Gutachten und Berichte aus der Heimat des Beschwerdeführers nicht möglich. Diese Berichte und Gutachten erfüllen die allgemeinen Anforderungen an die Beweiskraft medizinischer Unterlagen nicht. Zwar enthält das vom Landesgericht (...) in Auftrag gegebene zusam-

menfassende Invaliditätsgutachten in Bezug auf die involvierten Fachdisziplinen eine Gesamtschau über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Indessen erfüllt dieses Gutachten die in der Schweiz geltenden versicherungsmedizinischen Anforderungen an ein Gutachten offensichtlich und in mehrfacher Hinsicht nicht, wovon auch der RAD-Arzt Dr. med. R. \_\_\_\_\_ zu Recht ausgegangen ist (interne Notiz vom 18. April 2019). Zum einen enthalten weder das zusammenfassende Gutachten noch die einzelnen Teilgutachten eine versicherungsmedizinische Diskussion und eine ausreichende Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit, zum anderen ist auf Grundlage dieser Gutachten – nur schon mangels der entsprechenden Fragestellung – auch keine rechtskonforme Indikatorenprüfung möglich. Schliesslich fehlt es auch an einer Konsensbeurteilung unter Einbezug aller beteiligten Gutachter. Es ist daher nicht zu bemängeln, dass die Vorinstanz nicht auf das im Rahmen des österreichischen Gerichtsverfahrens eingeholte Gutachten abgestellt hat, sondern eine weitere Begutachtung in der Schweiz angeordnet hat. Auch aus dem Umstand, dass dem Beschwerdeführer vom Landesgericht (...) gestützt auf das genannte Gerichtsgutachten eine Rente zugesprochen wurde, kann er nichts zu seinen Gunsten ableiten, weil die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Nach dem Gesagten kann aufgrund der vorliegenden ärztlichen Berichte und Gutachten nicht über das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers entschieden werden.

## **8.**

Zusammenfassend erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. März 2020 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

**8.1** Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an

die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend insbesondere in Bezug auf massgebliche Fragen im Zusammenhang mit den erhöhten Anforderungen an die psychiatrische Diagnosestellung und die fehlende Erhebungen für eine rechtskonforme Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 der Fall ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteil des BVGer C-1444/2015 vom 17. Oktober 2017 E. 8.14 mit Hinweisen). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1). Weiter ist zu beachten, dass es laut dem Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) dem RAD obliegt, nach Eingang eines polydisziplinären Gutachtens zu prüfen, ob dieses den Qualitätsanforderungen entspricht, namentlich ob die Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung der Fachgesellschaften eingehalten wurden, wobei der RAD eine Bewertung der Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand der versicherungsmedizinischen Argumentationskette (Fragestellung, Informationsbeschaffung, Informationsbewertung, Beantwortung der Fragestellung) vorzunehmen hat (Rz. 2080 KSVI). Deutliche Brüche in der Argumentationskette erfordern Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen bei der Gutachterin, dem Gutachter oder der Gutachtensstelle (Rz. 2081 KSVI). Der RAD hält in einer kurzen Stellungnahme das Ergebnis seiner versicherungsmedizinischen Prüfung fest. Er erklärt bzw. ergänzt kleinere Lücken in der Argumentationsfolge mit seinem versicherungsmedizinischen Wissen (Rz. 2082 KSVI). Im vorliegenden Fall findet sich in den Akten keine inhaltliche Stellungnahme bzw. Bewertung der Nachvollziehbarkeit des Institut E.\_\_\_\_\_-Gutachtens durch den RAD, weshalb davon auszugehen ist, dass eine solche unterblieben ist und keine genügende Qualitätsprüfung des MEDAS-Gutachtens durch den RAD vorgenommen wurde. Zudem hätte auch dem RAD auffallen müssen, dass das Institut E.\_\_\_\_\_-Gutachten weder vollständig noch nachvollziehbar und schlüssig ist. Auch vor diesem Hintergrund rechtfertigt sich vorliegend eine Rückweisung an die Vorinstanz.

**8.2** Aufgrund des Ausgeführten ist die Vorinstanz in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Pneumologie, Rheumatologie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter

Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281]) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

**8.3** Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle – vorliegend unter Ausschluss des E. \_\_\_\_\_-Begutachtungsinstituts – nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

**8.4** Im Ergebnis ist die Beschwerde im Sinne des Subeventualantrags dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 25. März 2020 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

## **9.**

**9.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**9.2** Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Der Rechtsvertreter hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (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.– gerechtfertigt.

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

### **1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 25. März 2020 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen des medizinischen Sachverhalts im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

### **2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zurückerstattet.

### **3.**

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

### **4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Christoph Rohrer

Michael Rutz

**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 von Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: