

BVGer B-3613/2012 vom 7. April 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-04-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-3613_2012

FR: TAF B-3613/2012 du 7 avril 2014

IT: TAF B-3613/2012 del 7 aprile 2014

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG; SR 172.021) findet keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG). Nach Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) finden die Vorschriften des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a bis 26bis IVG und Art. 28 bis 70 IVG) Anwendung, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.2

Nach Art. 31 des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (VGG; SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist demnach für die Beurteilung der Beschwerde zuständig.

E. 1.3

Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Die dreissigtägige Beschwerdefrist (Art. 60 ATSG) ist gewahrt. Zudem ist der Kostenvorschuss innert Frist geleistet worden. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

E. 2.1

Anfängliches Anfechtungsobjekt bildet die anspruchsverneinende Verfügung der Vorinstanz vom 6. Juni 2012 (IV-act. II/75). Die Vorinstanz hat diese Verfügung jedoch pendente lite in Wiedererwägung gezogen und am 7. November 2012 die Wiedererwägungsverfügung erlassen (IV-act. II/84; vgl. Sachverhalt Bst. H).

E. 2.2

Der Versicherungsträger kann eine Verfügung, gegen die Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt (Art. 53 Abs. 3 ATSG; vgl. auch Art. 58 Abs. 1 VwVG). Die Beschwerdeinstanz setzt die Behandlung der Beschwerde fort, soweit diese durch die neue Verfügung der Vorinstanz nicht gegenstandslos geworden ist (vgl. Art. 58 Abs. 3 VwVG).

E. 2.3

Da die Vorinstanz in ihrer Wiedererwägungsverfügung dem ursprünglichen Begehren des Beschwerdeführers um Zusprache einer ganzen Invalidenrente rückwirkend ab dem 1. Dezember 2002 nicht vollständig entsprochen hat und der Beschwerdeführer replikweise weiterhin an seinem ursprünglichen Rechtsbegehren festhält, ist der Streitgegenstand vorliegend nicht nachträglich weggefallen. Das Beschwerdeverfahren ist daher fortzusetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_329/2012 vom 21. September 2012 E. 4.1 mit Hinweisen; vgl. hierzu auch BGE 127 V 228 E. 2b/bb und 113 V 237 E. 1a).

E. 3.1

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 3.2

Vorliegend ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf die Leistung einer ganzen Invalidenrente rückwirkend ab dem 1. Dezember 2002 streitig und zu prüfen. Dabei ist in diesem Zusammenhang insbesondere zu überprüfen, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 4.1

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2b und 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit den Republiken Serbien und (nach dessen Unabhängigkeitserklärung) Kosovo, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als serbischer Staatsangehöriger findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_321/2012 vom 14. August 2012 E. 1.2). Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Abkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich daher vorliegend alleine auf Grund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 des Sozialversicherungsabkommens).

E. 4.2

Insbesondere sind die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 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.

Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.3

In zeitlicher Hinsicht ist zunächst festzuhalten, dass Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 6. Juni 2012) eintraten, im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 130 V 329, 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b sowie 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen). Denn das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). In zeitlicher Hinsicht sind daher grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Dabei ist ein allfälliger Leistungsanspruch für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen sowie ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445).

E. 4.4

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2012 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind. Da sich der allenfalls anspruchsbegründende Sachverhalt im Zeitraum 4. Oktober 1996 (letztmaliger rechtskräftiger materieller Rentenentscheid; vgl. hierzu E. 5.5.2 hiernach) bis 6. Juni 2012 (Erlass der angefochtenen Verfügung) zugetragen hat, ist vorliegend entsprechend grundsätzlich auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.210) in der Fassung gemäss den am 1. Januar 1992 (3. IV-Revision; AS 1991 2116 und AS 2377), am 1. Januar 2004 (4. IV-Revision; AS 2003 3837 und AS 2003 3859) und am 1. Januar 2008 (5. IV Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) in Kraft getretenen Änderungen abzustellen. Zudem sind die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV (IV-Revision 6a; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) zu beachten, soweit diese einschlägig sind.

E. 4.5

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7) sowie der Invalidität (Art. 8) entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006, der IVV und der ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision [AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155], in Kraft seit 1. Januar 2008), des IVG und des ATSG vom 18. März 2011 sowie der IVV und der ATSV vom 16. November 2011 (IV-Revision 6a [AS 2011 5659 bzw. AS 2011 5679], in Kraft seit 1. Januar 2012) nichts geändert, weshalb im

Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 5.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a, 29 IVG) und beim Versicherungsfall während mindestens eines vollen Jahres (Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) bzw. mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein. Vorliegend sind die beitragsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer ordentlichen Invalidenrente erfüllt. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang der Beschwerdeführer im rechtsrelevanten Zeitraum als invalid im Sinne des Gesetzes zu betrachten ist.

E. 5.2.1

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 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).

E. 5.2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG im Besonderen setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystems abgestützte fachärztliche (psychiatrische) Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396). Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (BGE 132 V 65 E. 3.4). So ist zu beachten, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen darf, welche von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, wie zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression in fachmedizinischem Sinne. Solche verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 232/04 vom 10. Januar 2005 E. 5).

E. 5.3

Invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (BGE 131 V 49 E. 1.2,

vgl. auch BGE 102 V 165; AHI Praxis 2001 S. 228 E. 2b mit Hinweisen).
Rechtsprechungsgemäss ist von der Vermutung auszugehen, dass mit zumutbarer Willensanstrengung trotz Schmerzen eine leidensangepasste Tätigkeit ausgeübt werden kann. Diese Rechtsprechung kommt insbesondere dann zur Anwendung, wenn zwar gewisse somatische Befunde erhoben wurden, diese die geklagten Schmerzen jedoch nur zu einem kleineren Teil erklären können (vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 8C_591/2009 vom 27. November 2009 E. 4.2). Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung setzt das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus (BGE 130 V 352; vgl. auch beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 8C_362/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 5 f.).

E. 5.4

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Die Ermittlung des Invaliditätsgrads erfolgt anhand eines Vergleichs zwischen den möglichen Erwerbseinkommen ohne und mit Gesundheitsschaden (Art. 16 ATSG).

E. 5.5.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Leistungsbegehren gleich wie im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 83 E. 1b mit Hinweisen). Stellt die Verwaltung fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2-3).

E. 5.5.2

Eine Änderung des Invaliditätsgrades setzt stets auch eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108; BGE 130 V 71 E. 3.2.3 und Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom

26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, das heisst hinsichtlich der Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad rentenwirksam sein (siehe Art. 17 ATSG, BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten - welche gleichermassen für das Neuanmeldungsverfahren gelten (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 658/05 vom 27. März 2006 E. 4.4) - ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a).

E. 5.5.3

Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

E. 5.6

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 dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist.

E. 5.7.1

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.

E. 5.7.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 5.7.3

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse 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 (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b und 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER/MARTIN BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., Zürich 2013, Rz. 153 und 537; FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 274; vgl. auch BGE 122 II 469 E. 4a, 120 1b 229 E. 2b und 119 V 344 E. 3c mit Hinweisen).

E. 6.1

Somit ist vorliegend zu prüfen, ob seit dem 4. Oktober 1996 (letztmaliger rechtskräftiger materieller Rentenentscheid) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 6. Juni 2012 eine erhebliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist, welche rückwirkend ab dem 1. Dezember 2002 einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet.

E. 6.2

Die IV-Stelle des Kantons Nidwalden begründete die letztmalige rechtskräftige materiell rentenabweisende Verfügung vom 4. Oktober 1996 (IV-act. I/2) damit, dass der Beschwerdeführer in alternativen Tätigkeiten voll arbeitsfähig sei und daher keine Erwerbseinbusse bestehe. Diese Begründung stützt sich in medizinischer Hinsicht auf das MEDAS-Gutachten vom 7. März 1996 von Dr. med. E._____, Facharzt FMH für Innere Medizin, und Dr. A._____, welches sie unter Beizug des Rheumatologen Dr. B._____, der Neurologin Dr. med. G._____ und des Psychiaters Dr. med. H._____ zuhanden der Nidwaldner IV-Stelle erstellt hatten (IV-act. I/43). Darin führten Dr. E._____ und Dr. A._____ zusammenfassend als Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein Postdiskektomiesyndrom an mit: - persistierendem, nicht radikulärem Schmerzsyndrom des linken Beines und vermutlich psychogener Pseudoparese; - Status nach Fenestration und Diskektomie L5/S1 links im Oktober 1993; - postoperativer Narbenbildung L5/S1 links. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, nannten Dr. E._____ und Dr. A._____: - narzisstisch gekränkte Persönlichkeit in psychosozialer Belastungssituation; - zervikospondylogenes Syndrom mit leichtgradiger Periarthritis humeroscapularis tendopathica rechts bei Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance; - arterielle Hypertonie (in Behandlung); - Adipositas (175 cm / 96.5 kg); - Nikotinabusus (1-2 Pack Zigaretten pro Tag, ca. 25 Packungsjahre); wahrscheinliche Raucher-Leukozytose (abgeklärt); - rezidivierende Gastritis unter nichtstereoidalem Antirheumatikum (NASAR), Status nach Ulcus ventriculi im Jahre 1987. Nebenbefunde seien Restbeschwerden nach einem Handwurzeltrauma rechts, ein Status nach Herniotomie rechts im Jahre 1968 und ein kleines Skrotalatherom (S. 19 f.). Aus rheumatologischer Sicht sei - so die Einschätzung Dr. B._____s - ein Postlaminektomiesyndrom mit chronischem radikulärem Reizsyndrom S1 links bei Zustand nach Diskushernienoperation L5/S1 links im Oktober 1993 und postoperativen narbigen epiduralen Veränderungen das Hauptleiden. Daneben bestehe ein leichtgradiges zervikospondylogenes Syndrom mit einer Periarthropathia humeroscapularis

rechts. Dieses Leiden stehe aber deutlich im Hintergrund. Auf dem Grund der chronischen Schmerzsymptomatik, die einen weitgehend therapieresistenten Verlauf gezeigt habe, habe sich nun eine chronische Schmerzkrankheit mit allen bekannten psychosozialen Folgeerscheinungen eingestellt. Eine Arbeit als Baumaschinenmechaniker sei nicht weiter zumutbar. Die verwertbare Restarbeitsfähigkeit sei unter 20 %. Eine körperlich leichte, den Rücken wenig belastende Tätigkeit in wechselnder Körperposition wäre aber zu 100 % zumutbar (S. 15). Für Schwerarbeit sei der Beschwerdeführer nicht mehr geeignet (S. 19). Aus neurologischer Sicht war der Beschwerdeführer gemäss Dr. G._____ 100%ig arbeitsfähig mit Einschränkung von Lastenheben. Der Beschwerdeführer habe eine psychogene Pseudoparese des linken Fusses (S. 16). Psychiatrischerseits stellte Dr. H._____ fest, dass der Beschwerdeführer ein schwieriges psychosoziales Umfeld habe. Frau und Kinder lebten von der aktuellen sechsmonatigen Aufenthaltsbewilligung abgesehen in Serbien. Er bleibe wohl auf seine Rückenbeschwerden fixiert. Die Motivation für die berufliche Wiedereingliederung auf eine leichte Tätigkeit sei schlecht. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht betrage jedoch 100 % (S. 17). Gemäss der zusammenfassenden Beurteilung von Dr. E._____ und Dr. A._____ war die angestammte Tätigkeit als Baumaschinen-Reparateur nicht mehr zumutbar, da es sich um eine eigentliche Schwerarbeit handle. Die Arbeitsfähigkeit betrage 0 %. Limitierend wirkten sich die orthopädisch-rheumatologischen Befunde aus. Der Beschwerdeführer sei zur Schwerarbeit nicht geeignet. In sämtlichen leichten, vorzugsweise wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Heben schwerer Lasten sei er vollständig, zu 100 %, arbeitsfähig. Die in diesem Umfang geschätzte reduzierte Arbeitsfähigkeit datiere ab dem 1. März 1996 (S. 20). Bezüglich der gesundheitlichen Situation sei mit über längere Zeit stabilen Verhältnissen zu rechnen (S. 21).

E. 6.3

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung stützte sich die Vorinstanz auf das MEDAS-Hauptgutachten von Dr. A._____ und Dr. B._____ vom 5. November 2010 (IV-act. II/26 S. 1-29) und die Stellungnahme von Dr. I._____, Arzt des medizinischen Dienstes der Vorinstanz, vom 31. Mai 2012. Dr. I._____ nahm dabei auf den Bericht von Prof. Dr. J._____, Spezialist in Innerer Medizin und Rheumatologie, Dr. M._____, Spezialistin in physischer Medizin, Dr. K._____, Spezialist in Innerer Medizin und Kardiologie, sowie Dr. L._____, Neuropsychiater, vom 31. März 2012 Bezug. Aus diesen medizinischen Unterlagen geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

E. 6.3.1.1

In ihrem neurologischen Teilgutachten vom 6. September 2010 (IV-act. II/26 S. 41-47) zuhanden der MEDAS schrieb Dr. C._____, bezüglich der Lumboischialgie mit Verdacht auf vorwiegend funktionelle Fussheber- und Fusssenkerparese links lasse sich aus neurologischer Sicht bei fehlenden Hinweisen für ein relevantes persistierendes radikuläres Reizsyndrom keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festlegen. Bei Status nach zweimaliger lumbaler Diskushernienoperation bestehe unverändert eine Einschränkung für körperlich schwere Tätigkeiten. Da hinsichtlich des Verdachts auf ein Rezidiv einer vaskulär bedingten Klaudikation intermittens des linken Beines eine erneute Abklärung und allenfalls nochmalige Behandlung vorgesehen sei, rechtfertige sich insbesondere aus neurologischer Sicht keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit. Die als Schwindel beschriebene Symptomatik und die chronischen Kopfschmerzen - diese seien seit zwei bis drei Jahren neu vorhanden (S. 47) - rechtfertigten neurologischerseits keine Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit. Aus rein neurologischer Sicht sei eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit, vorzugsweise mit Wechselbelastung, ohne relevante Einschränkung zumutbar. Aufgrund der gelegentlichen Schwankschwindelsymptome bestünden Einschränkungen für Arbeiten an exponierten Stellen, zum Beispiel auf Gerüsten. Die Kopfschmerzen vom Spannungstyp ergäben keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 46). Aus neurologischer Sicht sei der aktuelle Zustand des Beschwerdeführers mit jenem bei der MEDAS-Voruntersuchung im Jahre 1996 vergleichbar bezüglich der Lumboischialgie mit einer residuellen Fussheber- und Fusssenkerschwäche links mit weiterhin Verdacht auf eine relevante funktionelle Überlagerung, was Dr. G._____ mit einer Pseudoparese beschreibe. Dies gelte, obwohl der Beschwerdeführer zwischenzeitlich ein Rezidiv einer lumboradikulären Symptomatik links erlitten habe, eine zweite Diskushernienoperation im Jahre 2005 erfolgt sei und zudem die Diagnose einer vaskulären Problematik bestehe im Sinne einer peripherer arteriellen Verschlusskrankheit und einem Status nach femoropoplitealem Bypass beidseits im Februar bzw. Mai 2009 mit Verdacht auf Rezidivbeschwerden links. Der neu angegebene Schwindel sei wie die Kopfschmerzen bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kaum relevant. Einzig solle bei einer angepassten Tätigkeit auf eine Tätigkeit nicht an exponierten Stellen mit Verletzungsgefahr bei Schwindel geachtet werden (S. 45).

E. 6.3.1.2

Dr. D._____ gab in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 13. September 2010 (IV-act. II/26 S. 48-60) zuhanden der MEDAS keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Verdacht auf Low-dose-Benzodiazepinabhängigkeit gemäss ICD-10 F13.24 (S. 55). Aus psychiatrischer Sicht könne ein psychisches Leiden mit einem invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht mit der geforderten Wahrscheinlichkeit bewiesen werden. In diesem Sinne könne aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit in einer seiner körperlichen Belastbarkeit angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt (S. 59). Aus psychiatrischer Sicht sei keine Indikation vorhanden, das Medikament Mirtazapin® abzugeben. Es bestehe der Verdacht einer Low-dose-Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.24) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 60).

E. 6.3.1.3

In seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 15. Oktober 2010 (IV-act. II/26 S. 33-40) zuhanden der MEDAS gab Dr. B._____ als Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, möglicherweise residuelles lumboradikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom L5 und S1 links an mit/bei: - Segmentdegenerationen L4/5 und L5/S1; - Zustand nach Diskushernienoperation L5/S1 links im Jahre 1993 und Operation einer Rezidivdiskushernie L5/S1 im Jahre 2005. Als Diagnosen ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannte Dr. B._____ eine leichtgradige Periarthropathie humeroskapularis tendopathica links sowie eine densitometrische Osteoporose, radiologisch ohne Frakturen (S. 37). Die Befunde hinsichtlich der im Februar 2005 festgestellten Osteoporose hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 39). Nach wie vor sei die zuletzt in der Schweiz ausgeführte Tätigkeit nicht zumutbar. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit Lasten von maximal 10 kg Heben wäre aber wiederum vollumfänglich zumutbar. Es sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer ab Spätherbst 2004 bis etwa im April 2005

vorübergehend vollständig arbeitsunfähig gewesen sei (S. 40).

E. 6.3.1.4

Dr. A._____ und Dr. B._____ hielten in ihrem MEDAS-Hauptgutachten vom 5. November 2010 (IV-act. II/26 S. 1-29) als Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine chronische Lumboischialgie links mit möglichem, leichtem sensomotorischem Defizit L5/S1 fest mit/bei: - Segment-Degenerationen L4/5 und L5/S1; - Status nach Diskushernienoperation L5/S1 links im Jahre 1993 (Fenestration und Diskektomie) - Status nach postoperativer Narbenbildung; - Status nach Operation einer Rezidiv-Diskushernie L5/S1 im Jahre 2005 in _____ (Serbien); - relevante funktionelle Überlagerung. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, nannten Dr. A._____ und Dr. B._____: - Verdacht auf Low-dose-Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.24); - arterielle Hypertonie (Erstdiagnose im Jahre 1993, anamnestisch schlecht eingestellt); - Status nach Nikotin-Abusus (massiv, im Jahre 2009 sistiert); - Arteriosklerose im Becken-Bein-Bereich - Status nach Verschluss der Arteria femoralis superficialis beidseits; - Status nach femoro-poplitealem Bypass rechts am 13. Februar 2009 mit Endarteriektomie AFC und AP; - Status nach femoro-poplitealem Bypass links am 8. Mai 2009; Verdacht auf erneuten Verschluss bei aktuell fehlenden Fusspulsen links und bei massiven Beschwerden mit Claudicatio intermittens; - Adipositas (174 cm / 101 kg /Body-Mass-Index [BMI] 34); - Hyperlipidämie; - densitometrisch Osteoporose, radiologisch aktuell ohne Fraktur; - chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit migräniformer Komponente; - ekzematoide Veränderungen am rechten Unterschenkel; - Restgebiss, schwere Parodontose; - rezidivierende Gastritis; Status nach Ulcus ventriculi im Jahre 1987. Nebenbefunde seien ein Status nach rezidivierenden perianalen Infekten mit/bei Status nach Resektion im April 1994 sowie ein Status nach Herniotomie rechts im Jahre 1968 (S. 27-28). Die Tätigkeit als Baumaschinen-Reparateur sei nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit betrage 0 %. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu 100 % zumutbar. Die zu hebenden Lasten dürften maximal 10 kg wiegen. Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit nicht mehr verbessert, aber auf dem attestierten Niveau einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer körperlichen Tätigkeit stabilisiert werden (S. 28). Dr. A._____ und Dr. B._____ kamen zu einer vergleichbaren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wie schon im MEDAS-Gutachten des Jahres 1996 (S. 29).

E. 6.3.2

Prof. Dr. J._____, Dr. M._____, Dr. K._____ sowie Dr. L._____ hielten in ihrem Bericht vom 31. März 2012 zuhanden des Invaliditätsfonds Belgrad folgende Diagnose fest: - Zustand nach Operation und Reoperation einer Diskushernie L5-S1; - Monoparese des unteren Körperglieds links; - Arthritis urica; - Leberverletzung; - Zustand nach einem femoro-poplitealen Bypass beidseitig; - hypertensive Enzephalopathie Post-Apoplexie invetere; - Parese der tibialen Nerven und des Peroneus-Nervs der linken Seite; - depressives Syndrom; - arterielle Hypertension; - hypertensiv kompensiertes Herz; - Osteoporose. Der Beschwerdeführer sei nicht fähig, eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Die Arbeitsfähigkeit sei um 60 % reduziert (IV-act. II/72 S. 1-2).

E. 6.3.3

In seiner abschliessenden Stellungnahme vom 31. Mai 2012 legte RAD-Arzt Dr. I._____ dar, klinisch würden an den unteren Extremitäten keine Durchblutungsstörungen mehr

beschrieben. Die Beine seien funktionstüchtig. Die letzte Gefäßoperation sei erfolgreich gewesen. Hinsichtlich der anderen Fachgebiete könne man sich an die MEDAS-Begutachtung halten. Der Beschwerdeführer sei nun polymorbide. Ab Dezember 2010 könne in Verweistätigkeiten eine 50%ige Einschränkung akzeptiert werden (IV-act. II/74).

E. 6.3.4.1

Die neurologische Teilbegutachtung des Beschwerdeführers durch Dr. C._____ erfolgte umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Die Neurologin befragte den Beschwerdeführer insbesondere nach subjektiv wahrgenommenen gesundheitlichen Veränderungen in Bezug auf seine Schmerzen und Gehfähigkeit (vgl. S. 44). Dr. C._____ berücksichtigte sodann die geklagten Beschwerden in Kenntnis der Vorakten. Die Schlussfolgerung der Expertin, dass der aktuelle Zustand des Beschwerdeführers aus neurologischer Sicht mit jenem bei der MEDAS-Voruntersuchung im Jahre 1996 bezüglich der Lumboischialgie mit einer residuellen Fussheber- und Fussenkenschwäche links mit weiterhin Verdacht auf eine relevante funktionelle Überlagerung vergleichbar sei (S. 45), ist nachvollziehbar begründet. Als neu hinzugekommene Leiden stellte die Gutachterin chronische Kopfschmerzen und Schwindel fest (S. 45). Die von Dr. C._____ dargestellten medizinischen Zusammenhänge und ihre Beurteilung sind einleuchtend, die gutachterlichen Schlussfolgerungen begründet.

E. 6.3.4.2

Auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. D._____ entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichts. Der Beschwerdeführer wurde vom Gutachter allseitig klinisch sowie fremdanamnestisch mittels Befragung der Ehegattin untersucht und eingehend in psychiatrischer Hinsicht abgeklärt. Dr. D._____ berücksichtigte die geklagten Beschwerden - insbesondere die Schilderungen der Verschlechterung des psychischen Zustands nach der Operation im Jahre 2005, fünf Jahre zurückliegender Suizidgedanken, der Furcht vor einer Verschlimmerung des Beinleidens, der andauernden Schmerzen, des Leidens "immer denken zu müssen, ohne sich an den Denkinhalt zu erinnern", und der inneren Anspannung (S. 57-59) - und setzte sich mit diesen Klagen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers detailliert auseinander. So fiel dem Experten insbesondere eine auffallende Diskrepanz zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und beobachtbarem Verhalten in der Untersuchungssituation auf (S. 57). Der Experte stellte diese Diskrepanz unter anderem in Bezug auf die Schmerzangaben, die berichtete innere Anspannung bzw. Antriebshemmung, den vermittelten dementen Eindruck, die Psychomotorik, sehr widersprüchliche Verhaltensweisen während der Untersuchung, die fremdanamnestischen Angaben und das Tagesaktivitätsniveau fest (S. 56-59). Der Gutachter hatte den Eindruck einer Verdeutlichungsmachungstendenz (S. 56). Dr. D._____ ging insgesamt von einer schweren Aggravation und einer möglichen Simulation aus (S. 58). Der Gutachter würdigte die Klagen des Beschwerdeführers entsprechend. So kam Dr. D._____ zur überzeugenden Feststellung, dass ein invalidisierendes psychisches Leiden nicht mit der geforderten Wahrscheinlichkeit bewiesen werden könne (S. 59). Dr. D._____ waren die Vorakten bekannt und er setzte sich mit ihnen nachweislich auseinander. Die Bezeichnung der gewürdigten medizinischen Vorakten im Rahmen der Anamnese fehlt zwar. Doch es kann der Expertise entnommen werden, dass dem Gutachter die wesentlichen medizinischen Unterlagen vorlagen und er die Ätiologie der vom Beschwerdeführer geklagten Leiden vollständig kannte (vgl. S. 48, 52 und 56-60). Dr. D._____ bemerkte so

auch, dass die in den Akten vorhandene Diagnose einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen nicht mehr gestellt werden könne (S. 58). Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann.

E. 6.3.4.3

Das rheumatologische Gutachten von Dr. B._____ entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ebenfalls. Der Experte führte allseitige Untersuchungen durch, wobei er auch eine neue bildgebende radiologische Untersuchung veranlasste (S. 37). Er klärte den Beschwerdeführer eingehend rheumatologisch ab und berücksichtigte die geklagten Beschwerden, von welchen der Experte detailliert Kenntnis nahm. Diese verglich Dr. B._____ mit den im Jahre 1996 geäusserten Klagen, welche er ebenfalls im Einzelnen anführte (S. 33-35 und 38). Dabei fiel ihm auf, dass die Klagen des Beschwerdeführers weitgehend denen, die er im Jahre 1996 vorbrachte, entsprechen (S. 40). Mit den geäusserten Beschwerden wie auch dem Verhalten des Beschwerdeführers setzte sich Dr. B._____ vertieft auseinander. So fiel dem Gutachter unter anderem auf, dass der Beschwerdeführer seinen Handstock rechts nicht ganz konsequent benützte, sich beim Auskleiden stark nach vorne bückte, bei der Lateroflexion und Inklinaton der Lendenwirbelsäule eine aktive Abwehr ersichtlich war (S. 35) und sich der Beschwerdeführer bei der Faustschlussprobe im Gesicht verkrampfte (S. 36). Der Gutachter würdigte die Klagen entsprechend seinen Befunden. Dabei schloss er in die Würdigung auch die von Dr. C._____ erhobenen neurologischen Befunde mit ein und berücksichtigte er insbesondere die deutlichen degenerativen Veränderungen auf den Etagen L4/5 und L5/S1, die sich in den neu angefertigten Röntgenbildern zeigten (S. 39). Dr. B._____ stellte abschliessend nachvollziehbar fest, dass eine nähere Abklärung der im Februar 2005 festgestellte Osteoporose zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht notwendig sei (S. 39). Entsprechend folgerte der Experte, dass aus rheumatologischer Sicht nach wie vor die bereits im Jahre 1996 festgestellte Arbeitsfähigkeit vorhanden sei (S. 40). Wie aus der Expertise hervorgeht, waren dem Gutachter die Vorakten bekannt, obgleich er sie nicht im Einzelnen nannte. Er stützte sich in seiner Beurteilung auf sie (vgl. S. 33-34 und 36-39). Er zog namentlich den selbst erstellten Bericht über das anlässlich der MEDAS-Begutachtung von 1996 stattgefundenene rheumatologische Konsilium bei (S. 33 und 38) und überprüfte besonders auch die in den Akten liegenden Berichte über bildgebende Verfahren anderer Ärzte sorgfältig (S. 36-37). In der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge leuchtet dieses Gutachten ein. Insbesondere sind die Schlussfolgerungen des Rheumatologie-Facharztes Dr. B._____ in einer nachvollziehbaren Weise begründet.

E. 6.3.4.4

Auch die zusammenfassende interdisziplinäre Expertise entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens. Der Beschwerdeführer wurde gestützt auf die drei vorausgegangenen Teilgutachten (E. 6.3.1.1-3) von Dr. A._____ und Dr. B._____ bidisziplinär - internistisch und rheumatologisch - erneut allseitig untersucht und eingehend abgeklärt. Dr. A._____ und Dr. B._____ erhoben nochmals eine eingehende Anamnese (vgl. S. 14-20) und erfragten ihrerseits den Beschwerdeführer genau nach dem jetzigen Leiden (vgl. S. 17-19). Er äusserte hierbei gegenüber den Experten, dass er an einem Tisch sitzend höchstens während einer halben

Stunde etwas arbeiten könne, ohne aufzustehen und umherzugehen (S. 18). Für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit ist indessen die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers nicht entscheidend. Massgebend ist allein die medizinisch-theoretisch begründete und nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Korrekterweise nahmen Dr. A._____ und Dr. B._____ im Folgenden ungeachtet der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers eine eigene fachärztlich-theoretische Beurteilung vor. Die Gutachter berücksichtigten die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, insbesondere die eingeschränkte Fussbeweglichkeit links, chronische Rücken-Beinschmerzen links, chronische Schulterschmerzen links, chronische Nackenschmerzen, beinahe alltägliche Kopfschmerzen, eine subjektive massive Nervosität und Schwindel (S. 17-19). Die Experten setzten sich mit den Leiden sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Die beiden Gutachter nahmen detailliert Kenntnis von seinen Klagen - insbesondere über die kontinuierliche Verschlechterung der Situation am linken Bein bis zur erneuten Diskushernienoperation L5/S1 im Jahre 2005, welche nur zu einer vorübergehenden Besserung geführt habe (S. 23) - und würdigten diese Klagen entsprechend. Den Gutachtern fiel dabei auf, dass der Beschwerdeführer unter einer hohen Dosis Sedativa stand (S. 14), er ständig aus Diagnosen und Arztaussagen zitierte (S. 16), Gefühle nicht zu schildern vermochte (S. 17) und eine genaue Rückfrage betreffend die geschilderte massive Nervosität nichts Konkretes ergab, er aber immer wieder auf seine körperlichen Probleme zurückgekommen sei (S. 18). Der Beschwerdeführer habe sehr schwerfällig gewirkt, sei schwer besinnlich und in sich versunken gewesen (S. 20) und habe als schwer vorgealtert imponiert (S. 23). Für die Experten war zudem insbesondere die Lasègue-Prüfung links auffällig, bei welcher der Beschwerdeführer bei etwa 60° ohne zu spürenden Widerstand stark über ausstrahlende Schmerzen ins Bein geklagt habe, während er im lockeren Gespräch erst bei 90° und ohne Schmerzverstärkung im Bein, aber mit plötzlichen Kreuzschmerzen, erreicht worden sei (S. 21). Dr. A._____ und Dr. B._____ waren die Vorakten bekannt (vgl. S. 1-17, 23 und 27-29). Die beiden Gutachter stützten sich auf sie insbesondere in der Diagnosestellung ab (vgl. S. 27-28). Die Experten bemerkten so deutliche Zeichen einer erneut symptomatischen Verschlusskrankheit des linken Beines (S. 28). Das Gutachten von Dr. A._____ und Dr. B._____ leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Zudem sind die Schlussfolgerungen der Experten in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann. Auch der Beschwerdeführer rügt nicht, dass die von den beteiligten Gutachtern erhobenen Befunde nicht zutreffen. In diesem Sinne leuchtet die Expertise von Dr. A._____ und Dr. B._____ durchaus ein.

E. 6.3.5

Dr. I._____ berücksichtigte seinerseits nicht nur das MEDAS-Gutachten, sondern auch die anderen in den Akten liegenden medizinischen Unterlagen, insbesondere den Bericht von Prof. Dr. J._____, Dr. M._____, Dr. K._____ sowie Dr. L._____ vom 31. März 2012 zuhanden des Invaliditätsfonds Belgrad (E. 6.3.2 vorstehend), und würdigte sie selbständig.

E. 6.3.5.1

Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die

RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ist ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des Bundesgerichts 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]). Nicht zwingend erforderlich ist hingegen, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht 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 Bundesgerichts 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). Für das Vorliegen mangelnder Objektivität und Befangenheit bedarf es besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 6.3.5.2

Die MEDAS-Hauptgutachter Dr. A._____ und Dr. B._____ gingen von einer nach wie vor bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Baumaschinen-Reparateur sowie von einer nach wie vor vorhandenen 100%igen Arbeitsfähigkeit in sämtlichen leidensangepassten Tätigkeiten aus (vgl. oben E. 6.3.1.4). Dr. I._____ übernahm diese Einschätzung der MEDAS-Expertise, da die invalidisierenden Diagnosen gleich geblieben seien. Er anerkannte aber interkurrent eine jeweils volle generelle Arbeitsunfähigkeit von maximal drei Monaten infolge der Bypass-Operationen an den Beinen und der erneuten Rückenoperation (Stellungnahme vom 5. Dezember 2010, IV-act. II/33). Diese Abweichung ist jedoch ohne Folgen für den vorliegend zu beurteilenden Rentenanspruch, da eine wesentliche Verschlechterung zumindest drei Monate gedauert haben muss, um rentenrelevant zu sein (E. 5.5.3 vorstehend). Da sich der Beschwerdeführer im Januar 2011 einer erneuten Gefässoperationen unterziehen musste, gestand der RAD-Arzt dann aber in seiner Stellungnahme vom 30. Dezember 2011 eine dauerhafte 50%ige Beeinträchtigung ab Dezember 2010 zu: Unter Mitberücksichtigung des ganzen Dossiers habe wohl ab Dezember 2010 - dem erneuten Beginn der Gefässproblematik - auch eine Einschränkung in Verweistätigkeiten im Rahmen von 50 % vorgelegen und liege eventuell noch vor. Es kämen noch vorwiegend sitzende bzw. wechselhafte Tätigkeiten in Frage, rein theoretisch bei optimalem Verlauf auch mit geringerer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es sei von einer 50%igen Einschränkung auszugehen (IV-act. II/58 S. 1). Die Begründung Dr. I._____s ist nachvollziehbar und überzeugend. Dem RAD-Arzt waren die von den serbischen Experten Prof. Dr. J._____, Dr. M._____, Dr. K._____ sowie Dr. L._____ in ihrem Bericht vom 31. März 2012 (E. 6.3.2 vorstehend) genannten Diagnosen anlässlich seiner abschliessenden Stellungnahme vom 31. Mai 2012 bekannt. In dieser hielt er unter Hinweis auf die nunmehrige Polymorbidität des Beschwerdeführers schlüssig und

überzeugend an der dauerhaften 50%igen Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2010 fest (E. 6.3.3 hiervor). Der Beschwerdeführer rügt, dass die Vorinstanz nur die Beurteilung eines RAD-Arztes eingeholt habe, welcher aufgrund seines Facharztstitels nicht in der Lage sei, sämtliche Beschwerden zu beurteilen (vgl. Einwand vom 14. Dezember 2012 in Verbindung mit der Beschwerde vom 10. Juli 2012). Die Leiden des Beschwerdeführers wurden jedoch von den MEDAS-Gutachtern, welche allesamt Fachärzte ihres medizinischen Gebiets sind, umfassend abgeklärt. Prof. Dr. J._____, Dr. M._____, Dr. K._____ sowie Dr. L._____ sind ebenfalls Fachärzte. Die von diesen schweizerischen und serbischen Ärzten erstellten medizinischen Akten vermittelten RAD-Arzt Dr. I._____ ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und damals aktuellen Status. Entsprechend war Dr. I._____ durchaus in der Lage, alleine eine Schlussfolgerung vorzunehmen. Die Kritik des Beschwerdeführers an der RAD-Beurteilung vermag deren Beweiskraft deshalb nicht zu mindern.

E. 6.3.6

Die abschliessende Beurteilung Dr. I._____s in seiner Stellungnahme vom 31. Mai 2012 wird sodann auch durch die weiteren in den Akten liegenden ärztlichen Unterlagen nicht erschüttert.

E. 6.3.6.1

Dr. med. N._____, Spezialist für Arbeitsmedizin, attestierte dem Beschwerdeführer in der Zeit von Juli 1997 bis Januar 2004 wiederholt eine 70%ige bzw. 80%ige Arbeitsunfähigkeit, ohne aber diese Atteste näher zu begründen. Dr. N._____ beschränkte sich auf die Wiedergabe anamnestisch erhobener Beschwerden sowie die Angabe festgestellter Diagnosen, entsprechender therapeutischer Massnahmen und der Medikation.

E. 6.3.6.2

Dr. O._____ und Prof. Dr. med. P._____ wiesen in ihrem Austrittsbericht betreffend die Hospitalisation vom 31. Dezember 2004 bis 10. Januar 2005 in einer _____ (serbischen) Neurochirurgie-Klinik (IV-act. I/62-63) darauf hin, dass der Beschwerdeführer physische Arbeiten vermeiden solle. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit war sinngemäss jedoch nur eine vorübergehende postoperative Massnahme. Am 5. Januar 2005 war nämlich laut Bericht eine Transversektomie und Phasektomie lateral auf Niveau L5-S1 und eine Entfernung des Rückenmarkvorfalles durchgeführt worden.

E. 6.3.6.3

Die Physiatern Dr. Q._____ und Dr. R._____ schrieben in ihrem Austrittsbericht betreffend die Behandlung vom 8. Februar 2005 bis 26. März 2005 im für osteo-artikuläre und degenerative Krankheiten spezialisierten Spital von Z._____ (Serbien), dass der Beschwerdeführer arbeitsunfähig sei. Er müsse die stehende Position und langanhaltendes Gehen vermeiden (IV-act. I/66-67). Wieso diese beiden Körperhaltungen unzumutbar sein sollen, begründeten Dr. Q._____ und Dr. R._____ allerdings nicht mit objektiven Befunden. Die konkreten Auswirkungen der von den beiden Ärzten festgehaltenen Diagnosen Status nach Operation einer Diskushernie L5/S1 links, Osteoporose und "Sy anxio-depressivum" auf die Arbeitsfähigkeit gehen aus dem Bericht nicht hervor. Zudem äusserten sich die beiden Physiatern in keiner Weise zum Verlauf, zur Dauerhaftigkeit und der Höhe der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit. Ebenso ist unklar, ob sich diese nur auf die bisherige, oder auch auf eine leidensangepasste Tätigkeit bezieht und welche Tätigkeiten

allenfalls adaptiert wären.

E. 6.3.6.4

Dr. T._____, Spezialist für Neuropsychiatrie, wies in seinem Rapport vom 9. April 2010 (IV-act. II/14) darauf hin, dass die Spontanität und Initiative für die alltäglichen Tätigkeiten fehle. Der Beschwerdeführer sei sozial gehemmt. Zu wichtigeren, nennenswerten psychophysischen Anstrengungen sei er nicht fähig. Es sind in diesem Bericht jedoch keine Befunde ersichtlich, welche eine solche Einschränkung objektiv begründen würden. Zudem haben die Aussagen Dr. T._____'s über die Spontanität und Initiative sowie zur sozialen Aktivität offensichtlich subjektive Äusserungen des Beschwerdeführers als Grundlage, welche Schilderungen des persönlichen Antriebs zu solchen Handlungen betreffen. Angaben zur dauerhaften Arbeitsfähigkeit fehlen im Bericht Dr. T._____'s gänzlich.

E. 6.3.6.5

Dr. L._____, Neuropsychiater, berichtete am 30. März 2012 zuhanden des Invaliditätsfonds Belgrad, dass der Beschwerdeführer nicht fähig sei, eine körperliche Arbeit auszuüben (IV-act. II/72 S. 7-8). Ein näherer Beschrieb und eine konkrete objektive Begründung dieser Arbeitsunfähigkeit gehen aus dem Bericht nicht hervor. Offenbar waren damals die vorhandenen Abklärungen für eine klarere Aussage unzureichend. Aus Sicht des gleichentags ebenfalls dem Belgrader Invaliditätsfonds rapportierenden Prof. Dr. J._____, Spezialist in Innerer Medizin und Rheumatologie, waren für die Festlegung der Arbeitsfähigkeit nämlich weitere Untersuchungen erforderlich: Prof. Dr. M._____ wies in seinem Bericht darauf hin, dass es notwendig sei, einen Doppler der Blutgefässe der beiden Glieder, neurologische und kardiologische Untersuchungen, Laboranalysen durchzuführen. In der Folge sei eine Schlussfolgerung für die Invaliditätskommission zu verfassen (IV-act. II/72 S. 5-6). Diese ergänzenden Abklärungen wurden dann durch Prof. Dr. J._____, Dr. M._____, Dr. K._____ sowie Dr. L._____ vorgenommen (Bericht vom 31. März 2012, E. 6.3.2 hiervor).

E. 6.3.6.6

Der ärztliche Bericht eines unbekanntes Arztes des Hauses der Gesundheit "Dr. U._____" in _____ (Serbien) vom 28. Dezember 2012, die medizinischen Berichte von Dr. V._____, Internist, vom 18. Januar 2013 und 28. Mai 2013 sowie der ärztliche Bericht von Dr. W._____, Spezialarzt für Neuropsychiatrie, vom 10. Juni 2013 wurden erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2012 erstattet. Diese Berichte erfolgten genauerhin erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren im Rahmen der Replik (Bericht des unbekanntes Arztes vom 28. Dezember 2012 und Bericht von Dr. V._____ vom 18. Januar 2013) bzw. nach der Duplik (Bericht von Dr. V._____ vom 28. Mai 2013 und Bericht von Dr. W._____ vom 10. Juni 2013). Da der vom unbekanntes Arzt und von Dr. V._____ berichtete, zum jeweiligen Berichtszeitpunkt aktuelle Gesundheitszustand als solcher den Zeitraum vor Verfügungserlass nicht betrifft, sind diese Berichte im vorliegenden Verfahren jedoch von vornherein grundsätzlich unbeachtlich. Beachtlich wären nur Aussagen zum Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung. Der behandelnde Neuropsychiater Dr. W._____ schliesslich berichtete einen chronischen Verlauf der Krankheit mit einer dauerhaften und vollständigen Arbeitsunfähigkeit, wobei diese 100 % betrage. Die Chronifizierung begründete Dr. W._____ allein damit, dass der bisherige Behandlungsverlauf zu keiner Verbesserung des Zustands geführt habe. Eine nähere Auseinandersetzung mit der Entwicklung der

Arbeitsunfähigkeit im Verlauf nahm Dr. W. _____ nicht vor. Damit ist in analoger Weise die Rechtsprechung zu berücksichtigen, nach welcher Auskünfte behandelnder Ärzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit angemessenem Vorbehalt zu würdigen sind (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt insbesondere für Spezialärzte (Urteil des Bundesgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). Welchen Gesundheitszustand der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung aufwies, ist daher weder aus dem Bericht des unbekanntes Arztes, noch aus den Berichten Dr. V. _____s und Dr. W. _____s ersichtlich.

E. 6.3.7

Weitere entscheidrelevante ärztliche Berichte finden sich in den vorliegenden Akten nicht. Denn in den übrigen medizinischen Akten fehlen Äusserungen dazu, in welchen Tätigkeiten in welchem Umfang im relevanten Zeitraum zwischen dem 4. Oktober 1996 (insbesondere dem 1. Dezember 2002) und dem 6. Juni 2012 von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist, gänzlich. Die Ärzte nahmen dazu überhaupt keine Stellung.

E. 6.3.8

Somit besteht kein objektiver Grund, nicht auf das MEDAS-Hauptgutachten von Dr. A. _____ und Dr. B. _____ vom 5. November 2010 und die abschliessende Beurteilung des RAD-Arztes Dr. I. _____ vom 31. Mai 2012 abzustellen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in ihrer Wiedererwägungsverfügung vom 7. November 2012 (IV-act. II/75) gestützt auf dieses MEDAS-Hauptgutachten sowie dieser abschliessenden Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. I. _____ von einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes erst ab Dezember 2010 ausgegangen ist und diese Veränderung mit einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in leidensangepassten Tätigkeiten quantifiziert hat. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 6. Juni 2012 als unrichtig.

E. 7

Bei dieser Sachlage erübrigt es sich, auf die Invaliditätsbemessung einzugehen (vgl. BGE 132 V 393 E. 3.3).

E. 8

Somit ist die angefochtene Verfügung vom 6. Juni 2012 (IV-act. II/75) aufzuheben, während die Wiedererwägungsverfügung vom 7. November 2012 (IV-act. II/84) zu schützen ist. Entsprechend ist die Beschwerde nur teilweise gutzuheissen.

E. 9.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Vorliegend werden die Verfahrenskosten, die sich aus der Gerichtsgebühr und den Auslagen zusammensetzen, unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache auf Fr. 400.- festgesetzt (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG sowie Art. 1, Art. 2 und Art. 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Davon hat der Beschwerdeführer, der mit seinem Leistungsbegehren nur teilweise unterlegen ist, ermessensweise Fr. 100.- zu

tragen. Daran ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- dem Beschwerdeführer im Umfang von Fr. 100.- anzurechnen. Im Übrigen, das heisst im Umfang von Fr. 300.-, ist er zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Der teilweise obsiegende, nichtanwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine angemessene reduzierte 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 wäre bei vollständigem Obsiegen eine Parteientschädigung von Fr. 600.- angemessen. Entsprechend dem Ausmass des Obsiegens erscheint daher eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 450.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]) als gerechtfertigt (Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE). Als Bundesbehörde hat die IVSTA keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.